

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG BEI ZWEI DIAGNOSEGRUPPEN

Anorexia nervosa

Zwangsneurose

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

des Fachbereichs Psychologie und Paedagogik

der Ludwig-Maximilians-Universitaet zu Muenchen

vorgelegt von

Monika Wueschner-Stockheim

aus Duesseldorf

Muenchen 1982



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554013_0011

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG BEI ZWEI DIAGNOSEGRUPPEN

Anorexia nervosa

Zwangsneurose

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

des Fachbereichs Psychologie und Paedagogik

der Ludwig-Maximilians-Universitaet zu Muenchen

vorgelegt von

Monika Wueschner-Stockheim

aus Duesseldorf

Muenchen 1982

Referent: Prof. Dr. Willibald Butollo

Korreferent: PD Dr. Johannes C. Brengelmann

Tag der muendlichen Pruefung: 26. 7. 82



Meinen Dank moechte ich aussprechen:

Herrn Professor Dr. D. von Zerssen, Leiter der Psychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Instituts fuer Psychiatrie in Muenchen, fuer seine grosszuegige Unterstuetzung bei der Durchfuehrung der vorliegenden Arbeit.

Herrn Dr. N. Mai fuer seine geduldige Beratung in allen nur erdenklichen Problemen und Herrn Dr. H. J. Moeller fuer seine wohlwollende Kritik.

Frau E. M. Borowietz und Frl. A. Kaufmann fuer ihre Unterstuetzung bei der arbeitsaufwendigen Literatursuche und Frau U. Grau fuer die Durchfuehrung der umfangreichen Schreibarbeiten.

Mein Dank gilt auch Herrn N. Brust, Leiter der Arbeitstherapie, und vielen Patienten, die mir mit Fleiss und Sorgfalt bei den tabellarischen Darstellungen und graphischen Abbildungen geholfen haben.

Mein besonderer Dank gilt vor allem Gernot, Judith und Philipp Wueschner, die mir mit liebevollem Trost immer beiseite standen.

1.	Einleitung	1
2.	Literaturuebersicht	14
2.1	Zwangsneurose	14
	Krankheitsbild, Behandlungsmoeglichkeiten und Verlauf	
2.1.1	Historischer Ueberblick	14
2.1.2	Krankheitsbild	17
	- Zwang und Sucht	18
	- Zwang und Triebmanifestationen	18
	- Zwang und Phobie	19
	- Zwang und Depression	19
	- Zwang und Schizophrenie	21
	- Zwang und Wahn	22
	- Zwang und andere psychische Stoerungen	22
2.1.3	Therapie	22
	- Verhaltenstherapie	24
	- Psychoanalyse	27
	- Andere Psychotherapien	28
	- Medikamentoesse Therapie	28
	- Psychochirurgie	29
2.1.4	Verlauf	30
2.1.5	Prognose	26
2.1.6	Tabellarische Darstellung der Verlaufstendenz	33
2.1.7	Diskussion	37
2.2	Anorexia nervosa	40
	Krankheitsbild, Behandlungsmoeglichkeiten und Verlauf	
2.2.1	Historischer Ueberblick	40
2.2.2	Krankheitsbild	46
2.2.3	Therapie	54

2.2.4	Verlauf	54
2.2.5	Prognose	59
2.2.6	Tabellarische Darstellung der Verlaufstendenz	59
2.2.7	Diskussion	64
2.3	Folgerungen und Fragestellungen fuer die vorliegende Katamnese	68
3.	Methodik der Untersuchung	70
3.1	Ausgangsbasis der Untersuchung	70
3.1.1	Persoেনliche und medizinische Stammdaten	71
3.1.2	Aufnahme- und Entlassungsdaten	71
3.1.3	Krankengeschichte	72
3.2	Entwicklung der Datenerfassung	72
3.3	Zusammensetzung der Stichproben	74
3.3.1	Aufschluesselung der Untersuchungspopulation	76
3.4	Durchfuehrung der Untersuchung	76
3.5	Schematische Darstellung erhobener Daten und Auswertungsschritte	77
3.5.1	Information zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (stationaerer Aufenthalt im MPI-P)	79
3.5.1.1	Standardisierte Testdaten	79
	- Die Beschwerdenliste (B-L, B-L')	79
	- Die Paranoid-Depressivitaets-Skala (PD-S, PD-S')	80
	- Multidimensionale psychiatrische Beurteilungs-Skala fuer Klinikpatienten (IMPS)	81
3.5.1.2	Auswertung der Krankengeschichten	82

3.5.2	Information zum Zeitpunkt der Zweitunter- suchung (Katamnese)	85
3.5.2.1	Interview zur Beurteilung des aktuellen Zustandes	87
3.5.2.2	Verlaufsinformationen (retrospektive Erfassung)	90
3.5.2.3	Frageboegen	91
	- Standardisierte Testdaten	92
	- Allgemeine biographische Daten, Daten zu allgemeinen Gesundheitsfragen	92
	- Fragebogen zur Erfassung der Lebensbeein- traechtigung (FEL)	93
	- Zusammenfassende Beurteilung des aktuellen Zustandes durch den Patienten	93
	- Rueckblickende Therapiebewertung	94
3.6	Statistische Verfahren	96
4.	Darstellung der Untersuchungsergebnisse bei Anorexia nervosa.	98
4.1	Allgemeine Beschreibung der Untersuchungs- stichprobe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (Aufnahme ins MPI-P)	98
4.1.1	Aufschluesselung der Untersuchungspopulation	98
4.1.2	Biosoziale Beschreibungsmerkmale	100
4.1.3	Allgemein anamnestische Beschreibungsmerkmale	102
4.1.4	Zusammenfassung und Diskussion	108
4.2	Beschreibung der Psychopathologie der Untersuchungsstichprobe	110
4.2.1	Intensitaet der Anorexia nervosa	110

4.2.2	Beschreibung der Symptomatologie der Anorexia nervosa	112
4.2.3	Zusammenfassung und Diskussion	115
4.3	Darstellung der Untersuchungsergebnisse zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung (Katamnese)	116
4.3.1	Biosoziale Beschreibungsmerkmale	116
4.3.2	Fremdbeurteilung der Intensitaet der Anorexia nervosa, ihrer Symptomatologie, der sozialen Integration und des psychopathologischen Befundes insgesamt	118
4.3.3	Selbstbeurteilung der Intensitaet der Anorexia nervosa	124
4.3.4	Beziehung der Katamnesedaten untereinander	126
4.3.4.1	Ueberpruefung methodischer Voraussetzungen des Vergleichs: Fremd- und Selbstbeurteilung der Intensitaet der Anorexia nervosa und sozialer Beeintraehtigung (Interrater-Reliabilitaet)	127
4.3.4.2	Zusammenhang zwischen Fremdbeurteilung der Anorexia nervosa und der sozialen Integration	129
4.3.4.3	Zusammenhang zwischen selbstbeurteiltem Ausmass der Anorexia nervosa und sozialer Integration	131
4.3.4.4	Uebereinstimmung zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung sozialer Beeintraehtigung und der Intensitaet der Anorexia nervosa	132
4.3.5	Zusammenfassung und Diskussion	134

4.3.6	Auswahl von Katamnesekriterien zur Ueberpruefung der prognostischen Relevanz einzelner Faktoren	136
4.3.6.1	Statistische Ueberpruefung des Zusammenhangs verschiedener Beschreibungskriterien unter- einander	137
4.3.6.2	Zusammenfassung und Diskussion	141
4.4	Beschreibung des Verlaufs zwischen Aufnahme, Entlassung und Katamnese	143
4.4.1	"Vorher-Nachher" Vergleiche der Zeitpunkte Aufnahme, Entlassung, Katamnese	144
4.4.2	Syndromwandel	151
4.4.3	Zusammenfassung und Diskussion	152
4.5	Rekonstruktion der Krankheitsverlaeuft Entlassung und Katamnese	154
4.5.1	Rekonstruktion der Symptomverlaeuft nach Entlassung aufgrund subjektiver Angaben.	155
4.5.1.1	Verlaufsrichtung	157
4.5.1.2	Verlaufsrichtung unter Beruecksichtigung des Intensitaetsniveaus der Anorexia nervosa	
4.5.2	Rekonstruktion des Gewichtsverlaufs nach Entlassung aufgrund objektiver und subjektiver Angaben	160
4.5.3	Zwischenanamnestische Beschreibungsmerkmale	163
4.5.4	Zusammenfassung und Diskussion	167
4.6	Prognose	171
4.7	Subjektive rueckblickende Therapiebewertung	174
4.7.1	Diskussion	179
4.8	Abschliessende Zusammenfassung und Diskussion	183

5.	Darstellung der Untersuchungsergebnisse bei zwangsneurotischen Patienten	209
5.1	Allgemeine Beschreibung der Untersuchungs- stichprobe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (Aufnahme ins MPI-P)	
5.1.1	Aufschluesselung der Untersuchungsstichprobe	209
5.1.2	Biosoziale Beschreibungsmerkmale	211
5.1.3	Allgemeine anamnestiche Beschreibungsmerkmale	213
5.1.4	Zusammenfassung und Diskussion	220
5.2	Beschreibung der Psychopathologie der Unter- suchungsstichprobe	221
5.2.1	Intensitaet der Zwangssymptomatik	222
5.2.2	Beschreibung der Phaenomenologie der Zwangs- symptomatik	225
5.2.3	Beschreibung der allgemeinen klinischen Psychopathologie	225
5.2.3.1	Standardisierte klinische Selbstbeurteilungs- skalen (KSb-S)	225
5.2.3.2	Standardisierte multidimensionale Beurtei- lungsskala fuer Klinikpatienten (IMPS)	226
5.2.4	Zusammenfassung und Diskussion	228
5.3	Darstellung der Untersuchungsergebnisse zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung (Katamnese)	230
5.3.1	Biosoziale Beschreibungsmerkmale	231
5.3.2	Fremdbeurteilung der Intensitaet der Zwangssymptomatik, des Ausmasses der sozialen Integration und klinisch relevanten Beschreibungsmerkmalen	233

5.3.3	Selbstbeurteilung der Intensitaet von Zwangs- symptomatik und anderen psychopathologischen Faktoren	236
5.3.4	Beziehung der Katamnesedaten untereinander	238
5.3.4.1	Ueberpruefung methodischer Voraussetzung des Vergleichs: Fremd- und Selbstbeurteilung der Intensitaet der Zwangsneurose und sozialer Beeintraehtigung (Interrater-Reliabilitaet	238
5.3.4.2	Zusammenhang zwischen dem fremdbeurteilten Ausmass der Zwangssymptomatik und der sozialen Integration	240
5.3.4.3	Selbstbeurteilter Zusammenhang zwischen Ausmass der Zwangssymptomatik und sozialer Integration	242
5.3.4.4	Uebereinstimmung zwischen Fremd- und Selbst- beurteilung der Intensitaet der Zwangssympto- matik und der sozialen Beeintraehtigung	243
5.3.4.5	Zusammenhang zwischen standardisierter Fremd- und Selbstbeurteilung psychopathologischer Beschreibungsmerkmale	245
5.3.4.6	Zusammenfassung und Diskussion	248
5.3.5	Auswahl von Katamnesekriterien zur Ueber- pruefung der prognostischen Relevanz von Einzelfaktoren	253
5.3.5.1	Statistische Ueberpruefung des Zusammenhangs verschiedenen Beurteilungskriterien des psychischen Zustands untereinander	253
5.3.5.2	Zusammenfassung und Diskussion	262

5.4	Beschreibung des Verlaufs zwischen Aufnahme, Entlassung und Katamnese	263
5.4.1	Aufnahme-Entlassung	264
5.4.1.1	Klinische Beschreibungsebene	264
5.4.1.2	Standardisierte Fremdbeurteilung Multidimensionale psychiatrische Beurteil- ungsskala fuer Klinikpatienten (IMPS)	265
5.4.1.3	Standardisierte klinische Selbstbeurteil- ungsskalen (KSb-S)	267
5.4.2	Aufnahme-Katamnese	268
5.4.2.1	Klinische Beschreibungsebene	268
5.4.2.2	Standardisierte Fremdbeurteilung Multidimensionale Beurteilungsskala fuer Klinikpatienten (IMPS)	269
5.4.2.3	Standardisierte klinische Selbstbeurteil- ungsskalen (KSb-S)	270
5.4.3	Entlassungs-Katamnese	272
5.4.3.1	Klinische Beschreibungsebene	273
5.4.3.2	Syndromwandel	273
5.4.3.3	Standardisierte Fremdbeurteilung Multidimensionale Beurteilungsskala fuer Klinikpatienten (IMPS)	275
5.4.3.4	Standardisierte klinische Selbstbeurteil- ungsskalen (KSb-S)	277
5.4.4	Zusammenfassung und Diskussion	278
5.5	Rekonstruktion der Symptomverlaeuft zwischen Entlassung und Katamnese	282
5.5.1	Verlaufsrichtung	282

5.5.2	Verlaufsrichtung unter Beruecksichtigung des Intensitaetsniveaus der Zwangssympto- matik	285
5.5.3	Zwischenanamnestische Beschreibungsmerkmale	288
5.5.4	Zusammenfassung und Diskussion	292
5.6	Prognose	296
5.6.1	Zusammenfassung und Diskussion	302
5.7	Rueckblickende Therapiebewertung	307
5.7.1	Diskussion	319
5.8	Abschliessende Zusammenfassung und Diskussion Literatur Anhang	319

1. EINLEITUNG

Unter "Katamnese" wird allgemein eine Nachuntersuchung von Patienten verstanden, bei denen eine Behandlung abgeschlossen ist. Ein wesentliches Ziel katamnestischer Untersuchungen besteht in der langfristigen ausserklinischen Beschreibung von Krankheitsverlaeufen. Die Beschreibung von Krankheitsverlaeufen waehrend des stationaeren Aufenthaltes kann nur einen minimalen Anteil des gesamten Krankheitsverlaufs erfassen. Ebenso kann eine Therapiebewertung gegen Behandlungsende lediglich den unmittelbaren Behandlungserfolg demonstrieren, dessen Bedeutung fuer den laengerfristigen Verlauf jedoch gering sein kann.

Erst langfristige Verlaufsuntersuchungen ermoeeglichen eine Verbesserung der Vorhersage eines Krankheitsverlaufs (Prognose). Es interessiert hier vor allem, ob sich charakteristische Verlaufsmuster bei verschiedenen Krankheitsbildern zeigen und ob ein Syndromwandel im psychiatrischen Sinne haeufig oder selten gesehen wird.

Ferner ist es ein besonderes Ziel langfristiger Verlaufsbeschreibungen, spezifische Faktoren und soziale Ereignisse herauszuarbeiten, die Aenderungen im Krankheitsverlauf bewirken. Aufgrund hypothesengeleiteter Studien koennen zumeist korrelative Zusammenhaenge zu spezifisch therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen fuehren und somit den Krankheitsverlauf guenstig beeinflussen.

Nachuntersuchungen stellen damit einen entscheidenden Beitrag zur Interventionsforschung dar. Gegenueber anderen Krankheitsbilder,

z.B. in der Organmedizin treten bei katamnestischen Untersuchungen im psychiatrischen Bereich einige zusaetzliche methodische Probleme auf, die u.a. in der Vielfalt der unterschiedlichen Behandlungsmassnahmen begruendet sind. Unter Behandlungen im psychiatrischen Bereich im weiteren Sinne koennen verschiedene Massnahmen und Bedingungen verstanden werden, die vom Begriff der therapeutischen Gemeinschaft (MAXWELL - JONES, 1968) ueber verschiedene Verfahren der Psychotherapie (vgl. KIESLER, 1977), der biologisch-pharmakologischen Therapie (vgl. BENKERT & HIPPIUS, 1975) bis hin zur sozialen Intervention reichen koennen. Die Anwendung dieser verschiedenen Methoden variiert zwischen unterschiedlichen diagnostischen Kategorien erheblich. Waehrend bei der Psychosen-Behandlung in der Regel die biologisch-pharmakologischen Therapien dominieren, kommen fuer neurotische Stoerungen vor allem Dingen psychotherapeutische Interventionen in Frage, ueber die im folgenden ein kurzer Ueberblick gegeben werden soll.

Ungeachtet des allgemein anerkannten grossen Wertes klinischer und ausserklinischer Verlaufsstudien, stellt sich das Verhaeltnis von psychotherapeutischer Interventionen zu Nachuntersuchungen unbefriedigend dar (vgl. FLYNN, WOOD, MICHALSON und KEEN, 1977; SMITH und GLASS, 1977).

Flynn, Wood, Michalson und Keen haben sowohl experimentelle als auch Einzelfallstudien ueberprueft, die in den Jahren 1970 bis 1977 im "Journal of Behavior Therapy" erschienen sind. Von den 289 kontrollierten Untersuchungen waren 67% ohne anschliessende Nachuntersuchungen, 24% hatten eine Katamnese, 7% berichten ueber 2 oder 3 Nachuntersuchungen, und die restlichen Arbeiten hatten

bis zu 9 Nachuntersuchungen. Von 33% der Arbeiten mit anschliessender geplanter Katamnese betrug bei 24% die Katamnisedauer weniger als 50 Tage, bei 27% zwischen 51 und 150 Tage und bei 43% mehr als 151 Tage.

SMITH und GLASS (1977) berichteten in ihrer Metastudie, dass die durchschnittliche Katamnisedauer bei Verhaltenstherapien kuerzer war (ca. 2 Monate) als bei nicht-verhaltenstherapeutischen Techniken (ca. 5 Monate). 60% der Einzelfallberichte bezogen Nachuntersuchungen ein, und die Katamnisedauer war im Vergleich zu den kontrollierten Studien etwas laenger.

Erklaerungen fuer dieses ungleiche Verhaeltnis liegen in einer Reihe von Schwierigkeiten, methodischen Forderungen zu genuegen, die im Rahmen der Erfolgsmessung theapeutischer Massnahmen allgemein diskutiert werden, und auch fuer katamnestische Untersuchungen ihre Gueltigkeit haben (vgl. KRINGLEN, 1980; MUELLER und BENKERT, 1980). Zu diesen Forderungen zaehlen: Entsprechende Designs, adaequate Kontrollgruppen und/oder Stichproben, Untersucherobjektivitaet, reliable und valide Erfolgskriterien, adaequate Datenanalyse bzw. -interpretation.

Zwischenzeitliche Behandlungen erschweren die Beurteilung des katamnestischen Zustandes als "Effekt" der zu beurteilenden Therapie zusaetzlich. Die Zusammenstellung von unbehandelten Kontrollgruppen wird bei laengeren Zeitraeumen schwierig und sicherlich auch ethisch fragwuerdig. Ein Hauptproblem der Beschreibung des Verlaufs liegt in der retrospektiven Betrachtung des Zeitintervalls. Verzerrungen durch Erinnerungsfehler oder durch Veraenderung der Berichterstattung aufgrund von

Einstellungsänderung sind wahrscheinlich und erschweren die Interpretation. Neben den methodischen Hauptproblemen der Beurteilung langfristiger Behandlungseffekte und Beschreibung ausserklinischer Krankheitsverläufe erschweren hoher personeller, zeitlicher und infolgedessen finanzieller Aufwand die Realisierung katamnestischer Untersuchungen.

Die Komplexität psychotherapeutischen Geschehens lässt sich am besten an zwei Modellen demonstrieren, die innerhalb der Psychotherapieforschung diskutiert werden. Zum besseren Verständnis dieser Modelle wird kurz der historische Hintergrund skizziert, der die methodischen Auseinandersetzungen innerhalb der Psychotherapieforschung in einigen Aspekten widerspiegeln soll.

Historisch betrachtet konzentrieren sich die Arbeiten der Psychotherapieforschung auf die Frage: Ist Psychotherapie überhaupt wirksam?

Ausgehend von einem "generalisierenden Modell" der Persönlichkeit (vgl. CRONBACH, 1957) wurden individuelle Differenzen weitgehend vernachlässigt. KIESLER (1966) hat als Kennzeichen dieser Ansätze der Psychotherapieforschung die "Homogenitätsmythen" herausgestellt. Diese Homogenitätsmythen bezogen sich vor allem auf die Hauptvariablen Patient, Therapeut und den Therapieerfolg. Die Patienten wurden als einheitliche Gruppe begriffen, individuelle Differenzen zwischen den Patienten wurden dementsprechend in Untersuchungen selten mitgeteilt. Der Therapeut wurde als Vertreter einer einheitlichen, homogenen Menge von Behandlungsmethoden gesehen. Demnach wurde jede

Arbeit mit dem und am Patienten als "Psychotherapie" bezeichnet. Angaben ueber die Art der Therapie oder auch nur ihre Dauer wurden kaum gemacht. Der Behandlungserfolg wurde als globales Urteil ueber den Patienten (z.B. einer positiven "Persoenlichkeitsveraenderung") mitgeteilt. Unter der Annahme, dass diese Urteile fuer jeden Patienten gleich relevant sind, wurden differenzierte Auswirkungen von "Psychotherapie" kaum systematisch untersucht.

Die in den Jahren 1953-1969 publizierten Studien galten vor allem der Erfolgsmessung psychotherapeutischer Interventionen. Die Diskussion war dabei wesentlich von EYSENCK (1952) initiiert worden, der aufgrund seiner Literaturuebersicht zu der Behauptung kam, dass ca. $2/3$ der Psychoneurosen innerhalb von 2 Jahren auch ohne Therapie wesentlich gebessert sind. Jede Psychotherapie muesse daher nachweisen, dass ihre Effekte diese Rate der Spontanremissionen uebersteigt. EYSENCK's erste Analyse (1952) beruhte auf sicher unzureichenden Daten von DENKER (1946), aber EYSENCK hat sein Argument weiter ausgebaut und zuletzt (1973) engagiert vertreten. Diese Behauptungen ueber angebliche Spontanremissionen sind nicht unwidersprochen geblieben. Die Hauptkritik an Eysenck's Arbeit bestand darin, dass er Daten ignorierte, die seiner Behauptung widersprachen und sein Ueberblick psychotherapeutischer Erfolgsstudien aus wenigen sowie nicht repraesentativen Effektivitaetsstudien bestand (vgl. MELTZOFF und KORNREICH, 1970). Selbst wenn die Annahme der Spontanremission zutraefe, laege der Vorteil der Psychotherapien, zeitlich gesehen, im sehr viel schneller

erreichten Behandlungserfolg.

BERGIN und LAMBERT (1978) gehen davon aus, dass das Ausmass der "Spontanremission" weitaus niedriger ist als bisher angenommen. Viele Patienten in Kontrollgruppen (wie Warteliste oder Patienten ohne jegliche Behandlung) koennen z.T. natuerliche, nichtprofessionelle Hilfen erfahren haben, wie z.B. Rat durch Freunde, Ehepartner, Lehrer, andere Fachaertze, Priester oder Selbsthilfegruppen. Insgesamt geht man heute davon aus, dass Eysenck's Behauptungen ueber Spontanremissionen nicht haltbar sind. Eine erheblich differenziertere Beurteilung der Effektivitaet von Psychotherapien ermoeeglichen die Arbeiten von MELTZOFF und KORNREICH (1970) und GLASS und SMITH (1976), SMITH und GLASS (1977).

In der Zwischenzeit rueckten viele Untersucher von Versuchsplaenen mit Vorher-Nachher-Messungen zur Ueberpruefung von Psychotherapieerfolgen ab. Der Prozess innerhalb der Psychotherapie zog zunehmendes Interesse auf sich.

Das Ziel der Prozessforschung liegt primaer in der Aufdeckung der Mechanismen bei therapeutischen Veraenderungen. Bestimmte Verhaltensweisen des Patienten und/oder des Therapeuten sowie die Interaktion zwischen Therapeut und Patient wurden analysiert (vgl. GURMAN und Razin, 1977).

Anhaenger der Prozessforschung halten den Vertretern der Erfolgsforschung vor, dass globale Fragestellungen ueber den

Erfolg psychotherapeutischer Verfahren keine brauchbaren Aussagen darüber machen, welche spezielle Variable welche therapeutische Wirkung dies hervorrufen, gerade dies aber sei Aufgabe einer methodisch entwickelten Psychotherapieforschung (KIESLER, 1966; STRUPP und BERGIN, 1969; u.a.).

Vertreter der Erfolgsforschung behaupten hingegen, dass differenziertere Untersuchungen über bestimmte Variablen des psychotherapeutischen Prozesses erst dann sinnvoll sind, wenn grundsätzlich die Wirksamkeit eines tradierten oder neu entwickelten Verfahrens belegt worden ist (vgl. MELTZOFF und KORNREICH, 1970).

Aus der Sicht des Klinikers gerät eine, sich nur um die Identifizierung von Prozessvariablen und deren Interaktion kümmernde, Psychotherapieforschung an den Rand der Bedeutungslosigkeit, wenn nicht gleichzeitig Aussagen über die spezifischen Kurzzeit- und Langzeitwirkungen dieser Variablen und damit letzten Endes über den Therapieerfolg gemacht werden. Erst die Kombination des "therapiinternen" und "therapieexternen" Untersuchungsansatzes (vgl. KIESLER, 1968) enthält die Chancen, die eigentliche Zielfrage der Psychotherapieforschung zu beantworten: Welche Art von Therapie, angewendet durch welchen Therapeuten unter welchen spezifischen Bedingungen, hat was für eine Wirkung auf welche Klienten mit welchen spezifischen Problemen und wodurch?

Die Kombination dieser beiden Forschungsansätze bringt

gegenueber der reinen Erfolgsforschung, neben dem groesseren Informationsgewinn, auch methodische Vorteile mit sich. Die im Rahmen der Erfolgsforschung uebliche 2-Punkte-Erhebung zur Veraenderungsmessung ist durch ein grosses Fehlerrisiko beeintraehtigt. Zufaellige Fluktuationen im Verhalten des Patienten koennen faelschlicherweise als systematische Veraenderungen interpretiert werden. Bei kurvilinearen Verlaeuften koennen durch unguenstige Wahl der Messzeitpunkte durch die Therapie indizierte Veraenderungen uebersehen werden.

Dieses Problem kann man durch die im Rahmen der Prozessforschung uebliche Mehr-Punkte-Erhebungen und Techniken der Zeitreihenanalyse umgehen, wobei allerdings nicht nur der "therapieinterne" sondern auch der "therapieexterne" Veraenderungsverlauf erfasst werden sollte. In einem "Gittermodell" hat KIESLER (1968) versucht, die Komplexitaet des psychotherapeutischen Geschehens abzubilden (vgl. Abb. 1, S. 12).

Seiner Warnung vor den Homogenitaetsmythen entsprechend, fordert er eine differenzierte Beschreibung aller relevanten Therapeuten-, Patienten-, Therapie- und Umweltmerkmale sowie multivariate Forschungsstrategien. Diese Forderungen, so plausibel sie auch erscheinen moegen, sind praktisch kaum realisierbar. Die Kosten fuer ein multivariat angelegtes Experiment steigen sehr rasch mit der Zahl der zu untersuchenden Faktoren.

GOTTMANN und MARKMAN (1978) haben ein mehr pragmatisches und

praxisnaeheres Vorgehen vorgeschlagen. Ausgehend von industriellen Planungsmethoden (vgl. BOX und DRAPER, 1969) diskutieren sie eine "program development model" fuer die Psychotherapieforschung (vgl. Abb. 2, S. 13).

Durch aufeinander bezogene kleinere Forschungsprogramme soll fuer eine definierte Zielpopulation ein adaequates Psychotherapieverfahren entwickelt werden. Dieses wird durch immer wieder vorzunehmende Ueberpruefungen und Verbesserungen seiner Wirksamkeit sowie hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Relation sukzessiv optimiert. Eine wichtige Datenquelle fuer die Verbesserung der Programme sehen die Autoren in der Untersuchung von drop-outs und Behandlungsmisserfolgen. Die erfolglos Therapierten und Therapieabbrecher sollten hinsichtlich ihrer speziellen Merkmale mit den erfolgreich Therapierten verglichen werden, um dadurch Aenderungen am Programm ableiten zu koennen. Kann auch eine Programmaenderung bestimmten Patienten nicht helfen, muss die Indikationsstellung fuer das Therapieprogramm entsprechend modifiziert werden. Eine solche Evaluationsstrategie ueber verschiedene Etappen der Entwicklung eines therapeutischen Programms entspricht vielleicht am besten den Gegebenheiten der realen psychotherapeutischen Versorgungssituation.

Der Ueberblick ueber Probleme und Methoden in der Psychotherapieforschung wurde der Darstellung des Untersuchungsvorgehens vorangestellt, da bei den vorliegend nachuntersuchten Diagnosegruppen "Anorexia nervosa" und "Zwangsneurose" psychotherapeutische Verfahren in der Regel als

Hauptintervention angegeben wurden. Darueberhinaus kann dieser Exkurs ueber die Psychotherapieforschung helfen, wichtige Untersuchungsvariablen auszuwaehlen und zu operationalisieren. Demgegenueber muss als Einschraenkung vermerkt werden, dass in der vorliegenden retrospektiven Verlaufsuntersuchung nicht alle genannten methodischen Nachteile in der Studienmethode vermieden werden koennen. Dies gilt vor allem fuer die differenzierte Analyse der therapeutischen Interventionen waehrend des stationaeren Aufenthaltes im Max-Planck-Institut fuer Psychiatrie und der Rekonstruktion des Symptomverlaufs.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf katamnestische Untersuchungen der Anorexia nervosa und der Zwangsneurose. Therapiestudien und Verlaufsuntersuchungen bei diesen beiden Krankheitsbildern werden im theoretischen Teil naeher beschrieben (s. Kapitel 2).

Im empirischen Teil der Arbeit wird ueber die Nachuntersuchung anorektischer und zwangsneurotischer Patienten berichtet, die in der Zeit zwischen 1970 und 1976 am Max-Planck-Institut fuer Psychiatrie, Muenchen (MPI-P), vorwiegend mit untereinander aehnlichen, auf der Lerntheorie basierenden Methoden stationaer behandelt wurden. Bei der Katamnese konnte auf ein breit angelegtes Dokumentationssystem (Psychiatrisches Informationssystem Muenchen "PSYCHIS", BARTHELMES und von ZERSSSEN, 1978) und auf umfangreiche Krankengeschichten zurueckgegriffen werden.

Bei der Nachuntersuchung wurde in einem persoenlichen Interview unter zusaetzlicher Verwendung standardisierter Frageboegen der

psychische Zustand und die soziale Integration jedes Patienten beurteilt, sowie der Verlauf zwischen Entlassung und Katamnese unter bestimmten Gesichtspunkten retrospektiv erfasst.

Die Auswertung der Ergebnisse beruecksichtigt, neben der allgemeinen Deskription der nachuntersuchten Patientengruppen, den Vergleich zwischen den Zeitpunkten Aufnahme - Entlassung - Katamnese und die Rekonstruktion des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese. Darueber hinaus wird der Versuch unternommen, Zusammenhaenge zwischen verschiedenen biosozialen, krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen und geeigneten Beurteilungskriterien zum Zeitpunkt der Katamnese aufzudecken. Diese Analysen sollen Aufschluss darueber geben, welche Bedingungen und Faktoren, hinsichtlich der Zusammenhaenge bei beiden Krankheitsbildern, den Verlauf positiv oder negativ im Sinne einer Verbesserung bzw. Verschlechterung beeinflussen. Ferner werden zum Zeitpunkt der Katamnese Zusammenhaenge zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung zu den Aspekten der Intensitaet der spezifischen Symptomatik und der sozialen Integration dargestellt. Die Analyse eines neu konstruierten Fragebogens zur rueckblickenden Therapiebewertung wird im Zusammenhang mit dem Zustand bei Katamnese gestellt und unter dem Aspekt, Hinweise fuer Verbesserungen therapeutischer Programme und Nachbehandlungsmethoden zu erhalten, diskutiert.

LEGENDE

 Erfolgriche Patient-Therapeuten-Kombination nach Persönlichkeitsmerkmalen

 Keine P-Veränderung vorhergesagt

 Abschlußpunkt der Therapie

"Flächen"



P = Patient
T = Therapeut
In-Rx = therapeutisch
Extra-Rx = therapeutisch

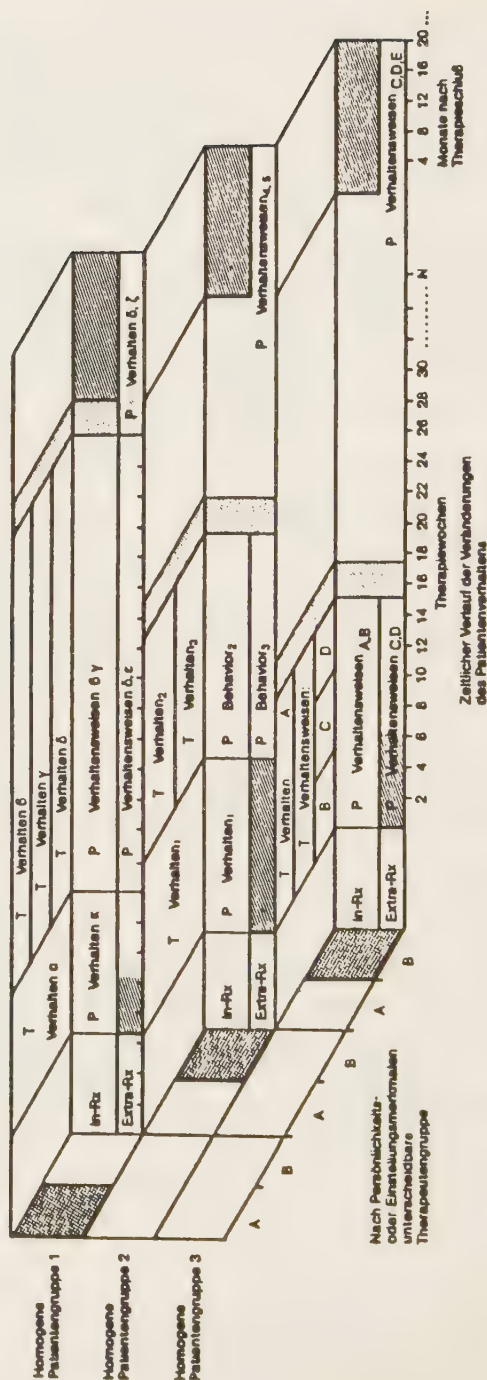


Abb. 1: Gittermodell für die Psychotherapie-Forschung

(nach: KIESLER, 1977, S. 115)

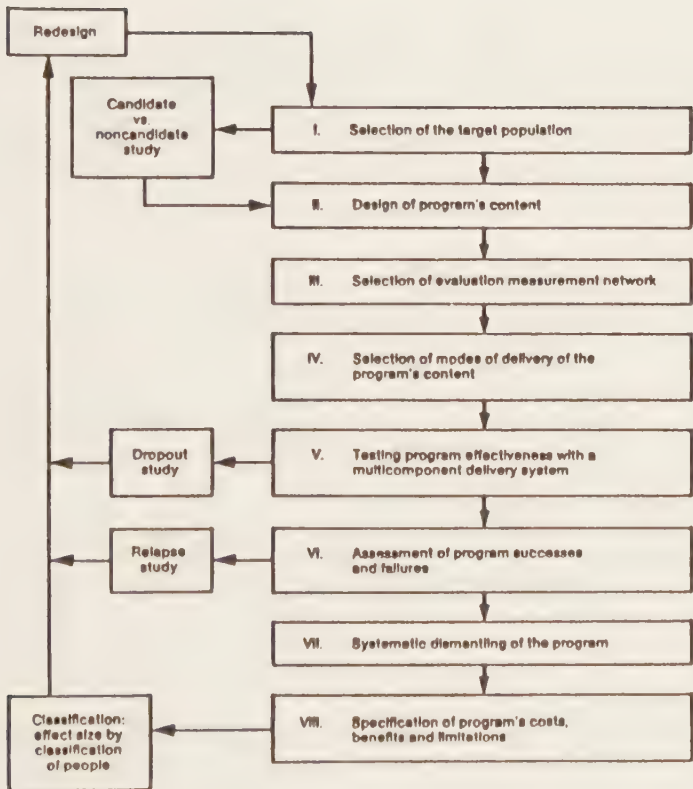


Abb. 2 : Programm zur Entwicklung und Optimierung eines psychotherapeutischen Verfahrens.

(aus : GOTTMAN und MARKMAN, 1978, S. 32)

2. Literaturuebersicht

2.1. Zwangsneurose

Krankheitsbild, Behandlungsmoeglichkeiten und Verlauf

2.1.1. Historischer Ueberblick

Seit den ersten nachweisbaren Veroeffentlichungen von MOREL (1866) ueber das "Délire émotif" und von FALRET (1866) ueber die "Folie du dute" haben sich in den letzten 100 Jahren zahlreiche Wissenschaftler mit Zwangsphaenomenen beschaeftigt.

KRAFFT-EBING (1867) fuehrte die Bezeichnung "Zwangsvorstellungen" ein. Er fasste die Definition recht weit und betrachtete Zwangszustaende als Erscheinungen, die bei mehreren Nerven- und Geisteskrankheiten zu beobachten sind. Die Bezeichnung "Zwangsvorstellungen" wurde spaeter von GRIESINGER (1868) und WELTPHAL (1877) uebernommen. Nach der Definition WESTPHAL's (1877) sind die Zwangsvorstellungen Erkrankungen sui generis und zeichnen sich dadurch aus, dass sie gegen den Willen des Kranken auftreten, seine Vorstellungsverknuepfungen stoeren und von ihm als persoeneichlichkeitsfremd empfunden werden. Nach Westphal sind Zwangszustaende rein intellektuelle Stoerungen und nicht durch irgendwelche emotionalen Vorgaenge bedingt. Bei der Kritik an Westphal's Definition geht es vor allem um die intellektuelle Genese der Zwangszustaende.

Nach SCHNEIDER (1918) ist die Mehrzahl der Autoren der Ansicht, dass Zwangszustaende emotionelle Stoerungen und - im eigentlichen psychologischen Sinne des Wortes - dem Kranken nicht wesensfremd sind, obwohl sie im Moment ihres Auftretens dem Individuum

unverstaendlich erscheinen. SCHNEIDER's (1925) Definition der Zwangszustaende lautet:

"Wir verstehen unter Zwangszustaenden Bewusstseinsinhalte, die mit dem Erleben des subjektiven Zwanges auftreten und sich nicht verdraengen lassen, obschon sie in der Ruhe als unsinnig erkannt werden. Handlungen, die als Folge dieser Zustaende auftreten, heissen Zwangshandlungen, Unterlassungen als Folge von Zwangssymptomen heissen Zwangsunterlassungen oder Phobien" (SCHNEIDER, 1925, S. 95).

Es besteht heute weitgehend Uebereinstimmung darueber, was Zwangsphaenomene sind. Aber sie werden verschieden bewertet. FREUD (1896) schlug die Bezeichnung "Zwangsneurose" vor, die sich in der deutschsprachigen Psychiatrie durchgesetzt hat. JANET (1903) fuehrte den Begriff "Psychasthenie" ein, der in der russischen Literatur und in den osteuropaeischen Laendern haeufig verwendet wird. Der Begriff der Psychasthenie ist eng verknuepft mit der Vorstellung ,dass Zwangsphaenomene im Zusammenhang mit einem bestimmten Konstitutionstyp stehen.

TASCHEV (1970) ist ueberzeugt, dass man nicht von "Psychasthenie" sprechen sollte. Er geht davon aus, dass die fehlende Realitaetsempfindung, die Janet als psychopathologische Grundlage der Psychasthenie bezeichnet, in Wirklichkeit ein Symptom der Zwangsneurose ist, das waehrend der Erkrankung auftritt und danach wieder verschwindet. Er ist der Ansicht, dass man von Zwangsneurosen oder noch besser von "Zwangskrankheit" sprechen sollte. "Wie bei der kryptogenen Epilepsie die motorischen Erscheinungen und der Bewusstseinsverlust die kennzeichnendsten Symptome sind, so sind es bei der Zwangskrankheit die

Zwangserrscheinungen (Zwaenge) und die sie bedingende oder begleitende Angstepfindung" (TASCHEV, 1970, S. 91). Angstneurosen und Phobien gehoeren nach TASCHEV (1970) zum klinischen Bild der Zwangserkrankung, obwohl sie auch relativ selbstaendig angetroffen werden koennen.

In der angloamerikanischen Literatur spricht man von obsessiv-compulsive neurosis, wobei "obsessions" als Zwangsvorstellungen oder Zwangsgedanken zu verstehen und mit "compulsions" Zwangsimpulse und Zwangshandlungen gemeint sind. Unter dem Begriff "compulsive behavior" fallen auch Verhaltensstoerungen wie Bulimie, Alkohol- und Tablettenabusus, Rauchen, Spielen sowie sexuelle Persionen, wie beispielsweise der Exhibitionismus, die in der deutschsprachigen psychiatrischen Literatur nicht zu den eigentlichen Zwangsphaenomenen gerechnet werden.

LANGEN (1973) versuchte darzulegen, dass "Zwang" und "Neurose" sich von den Begriffen, von den zugrundeliegenden Vorgaengen, von Symptomatik und Verlauf sowie von der vermutbaren "Genese" her sehr voneinander unterscheiden. Er beschreibt sechs Typen von "Zwangssyndromen", die seiner Meinung nach den klinischen Tatsachen eher gerecht werden als eine globale Bezeichnung all dieser Erscheinungen mit "Zwangsneurose".

Klassifikationsversuche wurden auch von anderen Autoren vorgenommen (vgl. BLEULER, 1930; COOPER, 1965; FOA et al., 1979; JASPERS, 1965; RUEMKE, 1967; SUELLWOLD, 1973; WELNER et al., 1976).

Nach dem heute allgemein gebrauchlichen internationalen Diagnoseschema (ICD = International Classification of Diseases) in der Psychopathologie lautet die Definition der Zwangsneurose:

"300.3 Zwangsneurose. Neurosen, in denen das hervorstechende Symptom in einem Gefuehl eines unwiderstehlichen Zwanges besteht, bestimmte Handlungen auszuueben, ueber einen Gedanken nachzugruebeln, ein Erlebnis sich wieder vorzustellen oder ueber ein abstraktes Thema nachzusinnen. Die auftauchenden unerwuenschten Gedanken, die Beharrlichkeit der Worte oder Ideen, die Gruebeleien oder die Gedankenketten werden von den Patienten als unangepasst oder unsinnig empfunden. Die Zwangsantriebe oder Zwangsideen werden von dem Patienten als persoenlichkeitsfremd erkannt, er weiss aber, dass sie aus ihm selbst kommen. Die Zwaenge koennen quasi Ritualhandlungen sein, mit dem Zweck, die Angst zu erleichtern, z.B. Haendewaschen, um Ansteckung zu vermeiden.

Versuche, unwillkommene Gedanken oder Antriebe zu unterdruecken, koennen zu einem starken inneren Kampf mit intensiver Angst fuehren".

Zu der Definition der Zwangsneurose gehoert auch der Begriff der Anankastischen Neurose. Auszuschliessen sind Zwangssymptome, die im Rahmen einer endogenen Depression, Schizophrenie oder bei organischen Zustandsbildern, insbesondere Encephalitis, auftreten.

2.1.2. Krankheitsbild

Psychopathologische Abgrenzung der Zwangsneurose

Die Abgrenzung ist unklar und wir von Zeit zu Zeit neu

diskutiert.

Zwang und Sucht

In der angloamerikanischen Literatur wird Suchtverhalten (compulsive behavior) der Zwangsneurose zugeordnet. Die Psychiatrie des deutschsprachigen Raumes differenziert jedoch zwischen Sucht und Zwang. "Sucht ist ein zumindest subjektiv sinnvoll empfundenes, zweckgerichtetes und auf Steigerung des Selbstgefuehls abzielendes Verhalten" (in SCHULTE-TOELLE, 1973, S. 75).

Zwischen Sucht und Zwang bestehen also prinzipielle Unterschiede, und eine Differenzierung ist eindeutig moeglich. Zwangsaehnlich bei der Sucht ist eher ein Nichtloskommen und Gefangensein, als ein Hingezogenwerden wie beim echten Zwang (vgl. FEER, 1973).

Zwang und Triebmanifestationen

Sind z.B. Bulimie oder sexuelle Phantasien Zwangsphaenomene oder nicht?

Bei diesen beiden Beispielen ist es fuer die Beurteilung von Bedeutung, ob das Verhalten begreiflich oder aber sinnlos, unbegreifbar, befremdend und widerwillig ist.

Die Bulimie tritt haeufig nach langer Nahrungskarenz auf, der Patient reagiert auf einen Hungerzustand mit Fressattacken. Sein Essverhalten ist zwar gestoert, aber im grunde sinnvoll und begreiflich, d.h. nicht zwanghaft. Zwanghaftes Essen im Rahmen einer Zwangsneurose beruht nicht auf einem Hungerzustand, sondern kann z.B. Bestandteil eines Rituals zur Reduktion von

Zwangsbefuerchtungen sein (vgl. FEER, 1973).

Zwang und Phobie

An einer engen Beziehung zwischen Phobie und Zwang ist nicht zu zweifeln. Unterschiede werden darin gesehen, dass bei einer Zwangsbefuerchtung haeufiger ein scharfgezeichneter, bis ins letzte und skurrilste Detail durchdachter Plan vorkommt als bei einer Phobie, die dem Zwang gegenueber, arm an Details, ein unpraeziser und banaler Angstanfall sein kann. Bei der Phobie ist die Angst vorrangig, nicht aber beim Zwang. Hier koennen auch Ekelgefuehle im Vordergrund stehen. Die phobische Angst bezieht sich auf einen banalen Umstand oder ein aeusseres Ereignis, das vom eigenen Wollen und Wuenschen unabhaengig ist, z.B. eine Menschenansammlung, ein leeres Zimmer, Dunkelheit, ein Vorgelschwarm etc. Bei phobischer Angst wird nicht weiter begruendet; die Angst oder das Ekelgefuehl des Zwangskranken jedoch wird meistens erklaert, allerdings oft in manirierter, pseudorationaler und nicht einfuehlbarer Weise. So mag z.B. ein Angst- bzw. Ekelgefuehl, auf die Toilette zu gehen, mit der Angst, Seuchen zu verbreiten, begruendet werden. Der Zwangsneurotiker hat oft Angst, durch eigenes Fehlverhalten anderen Schaden zufuegen zu koennen (vgl. FEER, 1973; BINDER, 1936; PETRILOWITSCH, 1955, 1964).

Zwang und Depression

Fast uebereinstimmend wird von den Autoren (u.a. BARONTINI und FOSSI, 1964; EGGERS, 1968; FEER, 1973; GITTLESON, 1966; HEILBRONNER, 1912; KLUGE, 1965; LAUTER, 1962; LEGEWIE, 1923) festgestellt, dass eine enge Beziehung zwischen depressiven und zwanghaften Erscheinungen besteht. Zwang und Depression koennen

gemeinsam oder wechselweise vorkommen. Diesen Sachverhalte beurteilen die Autoren unterschiedlich.

LAUTER (1962) macht darauf aufmerksam, dass waehrend der Depression lediglich primaer angelegte anankastische Zuege in Erscheinung treten, die bereits in gesunden Zeiten latent vorhanden waren. GITTLESON (1966) weist zusaetzlich darauf hin, dass beim Hinzutreten von Zwang zu einer Depression Depersonalisationsphaenomen haeufiger gesehen werden als Suizidgedanken. Diese Ansicht vertritt auch v. BORGNA (1965), der einen hemmenden Einfluss des Zwanges auf die Depression annimmt. Nach KLUGE (1965) bleibt der Zwang auch bei Depression immer bestehen; er erfahrt lediglich eine Quantitaetsaenderung im Sinne einer Intensivierung, wohingegen bei der Manie eine Auflockerung der Zwangssymptomatik sichtbar wird.

HOPKINSON (1964) sieht dagegen keinerlei Wechselbeziehungen. FOA, et al. (1979) untersuchten in einer experimentellen Arbeit den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Zwangssymptomen. Zur ersten Hypothese, dass Zwangssymptome durch depressive Symptome verursacht werden, zitieren sie die experimentellen Arbeiten von ANANTH (1976); CAPSTICK (1975); YARYURA-TOBIAS, et al. (1975). Demnach bewirken Antidepressiva eine Reduktion der Symptomatik, aber die Erfolge sind nicht groesser, als generelle psychotherapeutische Interventionstechniken (GRIMSHAW, 1965). Die zweite Hypothese, dass depressive Symptome durch Zwangssymptome ausgeloeset werden und eine Reduktion depressiver Symptome nach einer wesentlichen Verbesserung der Zwangssymptomatik erfolgt, kann nach Ansicht der Autoren ebenfalls nicht bestaetigt werden. Effektive

Verhaltenstherapie fuehrte nicht gleichzeitig zu einer Reduktion depressiver Symptome. Vielmehr wird das gleichzeitige Auftreten depressiver Symptome und Zwangssymptome durch eine generelle Sensitivitaet und Konditionierbarkeit erklart. Die Autoren beziehen sich dabei auf Arbeiten von BEECH (1971); BEECH und LIDDEL (1974); FOA, STEKETEE und GROVES (1979); LEVINSOHN, et al. (1973); LEWIS (1935); MELLETT (1974); RACHMANN (1976) und STENGEL (1948).

Zwang und Schizophrenie

Viele Autoren sind der Meinung, dass schwere Zwangsphaenomene im Verlauf oder als Prodrom einer schizophrenen Erkrankung selten sind, seltener zumindest als in der Depression.

Die Art des Zusammenhangs zwischen Zwangsneurose und Schizophrenie wird sehr divergent beurteilt. Eine Gruppe von Autoren sieht in den Zwangszustanden eine pseudoneurotische Untergruppe bzw. eine latente Form der Schizophrenie (BLEULER, 1911; SIMKO, 1968).

Eine zweite Gruppe von Autoren spricht sich strikt fuer eine Trennung von Neurose und Psychose aus, d.h. sie betont, eine Zwangsneurose bleibt immer das, was sie von Anfang an war und kann nicht in eine Psychose uebergehen (BORNSTAIN, 1922; JANET, 1921; KRAEPELIN, 1909; VURPAS et al., 1933).

Eine dritte Gruppe vertritt die Meinung, dass Zwangsphaenomene gelegentlich in eine Schizophrenie einmuennden oder im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung auftreten koennen (LEGEWIE, 1923; MUELLER, 1957; STENGEL, 1957; STOECKER, 1914).

Zwang und Wahn

Grundsätzlich sind Wahn und Zwang zu unterscheiden. Wahnhaltungen werden vom Patienten nicht als unsinnig empfunden, sondern einfach akzeptiert; dem Wahnkranken fehlt im Gegensatz zu Zwangspatienten die Einsicht in den krankhaften Charakter seiner Störung. So klar jedoch diese begriffliche Abgrenzung in der Theorie sein mag, so schwierig ist sie zuweilen in der Praxis, denn es gibt Wahnkranke mit partieller Einsicht und mit dem Empfinden, dass die Wahnhaltungen eigentlich unsinnig sind, aber nicht abgeschoben werden können.

Zwang und andere psychische Störungen

RICHTER (1961) beschreibt Beziehungen zwischen Zwangsphänomenen im Verlauf von epileptischen Krankheitsbildern und dem Auftreten von zwanghaften Mechanismen bei organischen Hirnprozessen. ZUCKER (1948) fand Parallelen zwischen Zwang und Pubertätsmagersucht und nahm eine dienzephalische Funktionsstörung an. ERNST (1961) beschreibt in seiner Arbeit über "Verlaufstendenzen der Neurosen", eine Erhöhung psychosomatischer unspezifischer Kranklichkeit, eine erhöhte Morbidität.

2.1.3. Therapie

Die Zwangsneurose ist eine tiefgreifende und sehr schwer therapierbare neurotische Störung. Die Behandlung ist wahrscheinlich auch deshalb so schwierig, weil der Patient vorwiegend erst dann um Hilfe bittet, wenn seine Zwangssymptome Denken und Handeln bereits vollkommen beherrschen und seine Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigen, dass er die Anforderungen des täglichen Lebens nicht mehr genügen kann. Die Beeinträchtigung kann so stark sein, dass der Patient

Beruf aufgeben muss und unter Verzicht auf alle Aktivitaeten, die soziale Kontakte bedingen, in strengster Zurueckgezogenheit und unter staendiger Angst bzw. Anspannung lebt (vgl. DELESKAMP, 1965; KRINGLEN, 1965; LO, 1967; MUELLER, 1957; RUEDIN, 1953).

Die Zwangsneurose stellt primaer eine extreme Belastung fuer den betroffenen Patienten selbst, zusaetzlich aber auch fuer die unmittelbar Umwelt dar!

Neben der Zwangssymptomatik und ihren erheblichen sozialen Konsequenzen wird haeufig auch noch eine Vielzahl vegetativer Stoerungen, wie Schlaflosigkeit, Schwitzen, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schwindelgefuehl, Muedigkeit und Abgeschlagenheit berichtet. Auffaellig sind bei Zwangskranken ferner eine deutliche ausgepraegte emotionale Labilitaet und gesteigerte Emotivitaet. Die Patienten sind haeufig dem Weinen nahe; haeufig handelt es sich um sehr selbstunsichere Menschen.

Der Therapeut steht vor der schwierigen Aufgabe, die komplexe Zwangssymptomatik zu behandeln, wobei er sich zum einen bemuehen muss, besonders die damit verknuepften enormen sozialen Verhaltensdefizite abzubauen, zum anderen muss er vegetative Stoerungen beruecksichtigen und versuchen, dem Patienten die massive Angst bzw. Anspannung zu nehmen.

In der Literatur sind verschiedene Behandlungsmethoden der Zwangsneurose beschrieben. Es fehlt jedoch noch an systematischen Erfolgsstudien unterschiedlicher Behandlungsmethoden, die gesicherte Hinweise dafuer liefern koennten, welche Behandlung bei welchen Stoerungen hilft und

worin ihre Effektivitaet besteht.

An dieser Stelle sollen lediglich die einzelnen Therapieansaetze aufgefuehrt werden, ohne auf deren theoretischen Hintergrund naeher einzugehen.

Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie geht man immer mehr von der Vorstellung aus, dass der Kontakt mit bestimmten Stimuli (Gegenstaender, Situationen oder Gedanken) zunaechst Angst, Spannung, Ekel ausloesen. Die Reduktion dieser angst-, spannungs- oder ekelausloesenden Zustaende wird durch ritualisiertes Verhalten erreicht, das somit verstaerkt wird. Ausgehend von diesem Entstehungsmodell der Zwangssymptomatik entwickelten sich zwei Therapiestrategien:

Die erste Strategie konzentriert sich auf die Aufhebung der mit bestimmten Stimuli verknuepften Angst-, Spannungs- oder Ekelgefuehle. Der zweite therapeutische Ansatz setzt bei der Unterdrueckung des zwanghaften ritualisierten Verhaltens an.

FOA & STEKETEE (1979) geben in ihrer Arbeit "Obsessiv-Compulsive Conceptual Issues and Treatment Interventions" eine gute Uebersicht ueber bestimmte Behandlungsansaetze und ihre Erfolgsangaben. An dieser Stelle werden lediglich die bestimmten Behandlungskomponenten referiert, ohne naeher auf diese beschriebenen Designs und Ergebnisse einzugehen.

Zum ersten therapeutischen Ansatz gehoert vor allem die Methode der systematischen Desensibilisierung, die in ihrer Anwendung

unterschiedlich . experimentell variiert . wurde . Systematische Desensibilisierung in vivo und in der Vorstellung (COOPER, GELDER und MARKS, 1965) bei langer und kurzer Erkrankungsdauer (WALTON und MATHER, 1963), viele und wenige Sitzungen (HASLAM, 1965; RACKENSPERGER und TEMBERG, 1972; WOLPE, 1958; WORSLEY, 1970).

Eine weitere Methode zur Angstreduktion ist die "induced anxiety" (NOONAN, 1971), die sehr STAMPEL's und LEVIS' (1967) "implosive therapy" aehnelt. Die Methode der "paradoxen intention" wurde von den Autoren FRANKL (1960), RABAVILLIAS, BOULOUGOURIS und STEFANIS (1977), SOLYOM, GARZA-PEREZ, LEDWIDGE und SOLYOM (1972) in verschiedenen experimentellen Designs ueberprueft.

Der zweite theoretische Ansatz besteht in der Aufhebung der Zwangshandlungen und -rituale. Hierbei spielen Aversionstherapien eine wichtige Rolle, die von den Autoren in unterschiedlicher Form angewendet wurden (LE BOEUF, 1974; O'BRIEN und RAYNES, 1973; KENNY, SOLYOM und SOLYOM, 1973; LAZARUS, 1958; MARKS, et al., 1969; RUBIN und MERBAUM, 1971; SOLYOM und KINGSTONE, 1973; THORPE, SCHMIDT, BROWN und CASTELL, 1966; WISOCKI, 1970).

Kombinationen verschiedener Behandlungsmethoden wurden von MEYER (1966), MEYER und LEVY (1973); MEYER, LEVY und SCHNURER (1974) beschrieben. Die Patienten wurden daran gehindert, Zwangshandlungen und -rituale auszuueben (response prevention), mit gleichzeitiger Aufforderung sich angstauesloesenden Stimuli auszusetzen (exposure).

Die Kombination von "Exposure, response prevention" und

zusätzliche "Entspannung" werden von den Autoren HODGSON, RACHMAN & MARKS (1972); MARKS, HODGSON & RACHMAN (1975); RACHMAN, HODGSON & MARKS (1971); RACHMAN, MARKS & HODGSON (1973) in experimentellen Untersuchungsreihen variiert. ROEPER, RACHMAN & MARKS (1975) untersuchten die Wirkung von "modeling" und "Exposure in vivo".

Die Behandlungsmethode "Exposure" hat in relativ frühen Überlegungen ihren Ursprung. MAIER (1949) berichtet, dass stereotypes Verhalten bei Tieren am erfolgreichsten eliminiert werden kann, wenn die Tiere an die aversive Situation, die vermieden wird, allmählich herangeführt werden (Guidance). Die Methode der "Guidance" ist gleichzusetzen mit STAMPEL's (1967) "implosive therapy". Patienten stellen sich für eine längere Zeit aversive Stimuli vor. Sich in vivo (flooding) und in der Vorstellung systematisch aversiven Stimuli auszusetzen, hat sich in letzter Zeit für Phobien und Zwangssymptome als besonders wirksam erwiesen (MARKS, 1978).

Die Behandlungskomponente "Exposure" wurde in vielen Arbeiten systematisch experimentell untersucht (FOA & STEKETEE, 1978; HAY, HAY & NELSON, 1977; HODGSON, RACHMAN & MARKS, 1972; RABAVILAS, BOULOGOURIS & STEFANIS, 1977).

Die Methode der systematischen Unterbrechung von Zwangshandlungen oder -ritualen (response prevention) erfuhr in vielen Arbeiten eine besondere Beachtung und wurde auf ihre Wirksamkeit unter verschiedenen Designbedingungen überprüft (MEYER, LEVY & SCHNURER, 1974; MILLS, AGRAS, BARLOW & MILLS, 1973; OEKE, 1976; RACHMAN, HODGSON & MARKS, 1971).

Die Effektivitaet der Behandlung von Zwangsgedanken wurde im Vergleich zur Therapie von Zwangshandlungen weitaus seltener experimentell untersucht. Zwei Behandlungstechniken scheinen sich durchzusetzen: "Exposure"-Therapiekomponenten wie paradoxe Intention, Desensibilisierung und Behandlungsmethoden, die der Unterdrueckung von Zwangsgedanken dienen, wie z.B. Gedankenstop, Covert sensitization und Aversionstherapien (GULLICK & BRANCHARD, 1973; KENNY, MOWBRAY & LALANI, 1978; kLEGER, 1978; STERN, 1970;; STERN, LIPSEGE & MARKS, 1975).

Insgesamt betrachtet sind "Exposure" und "response prevention" als verhaltenstherapeutische Techniken zur Behandlung von Zwangssymptomen kurzfristig am effektivsten. Es fehlen jedoch weitgehend Katamnesen, die ueber die langzeitliche Wirksamkeit ueberpruefbare Aussagen machen.

Psychoanalyse

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass beim Zwangseurotiker die sexuellen oder aggressiven Impulse durch unbewusste Schuldgefuehle gebremst sind. Um nicht in Versuchung zu kommen, die sexuellen oder aggressiven Impulse auszuleben bzw. zu realisieren, benoetigt der Zwangseurotiker eine Kontrolle. Der Zwangseurotiker neigt zur starken Kontrolle seiner eigenen Person sowie auch hinsichtlich anderer Personen, Situationen oder Gegenstaenden.

Die Psychoanalyse setzt an den unbewussten Schuldgefuehlen, den rigiden oder ueberzogenen Normen, an und versucht, diese uebermaessig einengenden Masstaebe zu korrigieren (QUINT, 1971); SCHWIDDER, 1977).

Andere Psychotherapien

Als weitere psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten werden genannt: autosuggestive Entspannungs- und Trainingsverfahren, autogenes Training und gestufte Aktivhypnose.

Medikamentöse Therapie

Bei den medikamentösen und organisch ausgerichteten Verfahren wird den Neuroleptika und den Barbituraten unter deren Anwendung z.T. auch Heilschlafkuren durchgeführt werden, gute Wirkung zugeschrieben (CHENE, 1959; DELGADO, 1957). Diese Medikamente wirken sich kurzfristig angstreduzierend aus und vermindern die effektive Spannung, d.h., sie wirken sich also nicht unmittelbar auf die Zwangssymptome aus, aber die Patienten fühlen sich dann trotz fortbestehender Zwänge erleichtert. Depressive Verstimmungen werden im Zusammenhang mit der Zwangsneurose häufig beobachtet. Es wird noch experimentell untersucht, ob die Gabe von Antidepressiva in solchen Fällen sinnvoll ist (FOA et al., 1979). Nach GRIMSHAW (1965) hilft EKT (Elektrokrampftherapie) als einzige therapeutische Intervention nur in solchen Fällen, in denen Zwänge sekundär im Zusammenhang mit einer Depression auftreten. Die Frage, ob Zwangssymptome zu Depressionen führen, d.h. primär bestehen, ist letztlich noch nicht befriedigend erklärt.

Bei reiner Zwangsneurose konnte festgestellt werden, dass EKT wohl kurzfristige Besserung erzielt, den Verlauf der Erkrankung aber nicht beeinflusst; im Gegenteil, sie führt häufig sogar zur Verschlechterung (vgl. POLLITT, 1969).

Den gleichen Kurzeiteffekt, der den bisher zitierten

medizinischen Therapien zugesprochen wird, zeigt die Insulin-Therapie oder modifizierte Insulintherapie (vgl. POLLITT, 1969).

Psychochirurgie

Psychochirurgische Eingriffe koennen bei schwersten Zwangssyndromen erfolgreich sein, man sollte den operativen Eingriff jedoch im Hinblick auf die massiven Nebeneffekte reiflich ueberdenken.

Der operative offene oder stereotaktische Eingriff kann bei Zwangsneurosen u.a. dann erwogen werden, wenn medikamentoese oder psychotherapeutische Behandlungsmethoden versagen und eine Erkrankungsdauer von mehr als fuenf Jahren vorliegt. Der operative Eingriff wird in den letzten Jahren weitaus weniger vorgenommen als frueher. Die operative Durchtrennung (Leucotomie=Durchfuehrung thalamofrontothalamischer Bahnen im Stirnhirn auf transfrontalem oder -orbitalem Weg als palliativer psychochirurgischer Eingriff. (Definition nach Real-Lexikon der Medizin) zur Aufhebung der affektiven Komponente bei therapieresistenten Zwangszustaenden ist umstritten, einmal weil diese Operationen trotz Unkenntnis neurophysiologischer Mechanismen vorgenommen werden und zum anderen weil es sehr fraglich ist, ob die dadurch erzielten "Erfolge" einen so massiven Eingriff gerechtfertigt erscheinen lassen.

Langzeitbeobachtungen der Wirksamkeit des psychochirurgischen Eingriffs ergaben, dass alles in allem etwa 2/3 der Patienten deutlich gebessert waren (INGRAM, 1961; MILLER, 1967; PAILLAS et al., 1971; PARTRIDGE, 1950; PIPPARD, 1955; POLLITT, 1959;

STROEM-OLSEN et al., 1971; WATTS & FREEMAN, 1944). Diese Ergebnisse wirken sehr beeindruckend. Nicht zu uebersehen sind jedoch die postoperativen Nebeneffekte in Gestalt des Leukotomiesyndroms wie psychischer Alterationen, d.h. Wesensveraenderungen mit Entdifferenzierung der Persoenlichkeit, pathologischer Gleichgueltigkeit oder Enthemmung. Weiterhin werden Anfallsneigung und Fettleibigkeit berichtet (MILLER, 1967; STROEM-OLSEN et al., 1971).

2.1.4. Verlauf

Zur Beschreibung des ausserklinischen Krankheitsverlaufs der Zwangsneurose und ihrer Prognose wurden ueber 60 Nachuntersuchungen beruecksichtigt, die in den letzten Jahren erschienen sind. Die Vergleichbarkeit dieser Arbeiten ist dadurch erschwert, dass sie sich in Katamnosedauer, Vollstaendigkeit der Datenerhebung und Objektivitaet der Daten erheblich unterscheiden.

Zudem werden Zwangszustaende von einigen Autoren anhand von Einzelfallbeispielen beschrieben, waehrend andere Autoren sich in breit angelegten Studien um diagnostische Differenzierungen bemueht haben. Der Uebergang von Zwangskrankheit in Schizophrenie (MUELLER, 1953) oder aber katamnestische Ergebnisse in primaer anderen Forschungsarbeiten werden mit aufgefuehrt, wie z.B.: "Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit insbesondere ihrer hereditaeren Beziehungen" (RUEDIN, 1953).

Der Vergleich katamnestischer Ergebnisse ist nicht nur deshalb problematisch, weil sich die Arbeiten in ihren Untersuchungszielen unterscheiden, sondern weil zudem grosse

Unterschiede hinsichtlich der Art der Patienten, dem Ausprägungsgrad der Störung, der Art der Behandlung sowie der Kriterien der Erfolgsmessung bestehen.

GOODWIN, GUZE & ROBINS (1969) und später BLACK (1974) machen aufgrund einer Übersicht katamnästischer Untersuchungen allgemeine Aussagen über Verlauf und Prognose. Die Autoren schliessen Überlegungen über die Wirksamkeit stationärer und ambulanter therapeutischer Interventionen an.

Sowohl GOODWIN et al. (1969) als auch BLACK (1974) lassen psychochirurgisch behandelte Patienten unberücksichtigt. "With the exception of leucotomy no treatment has been shown to influence long term outcome of obsessional illness, so fortunately, in this respect, the influence of different therapies can be discounted" (BLACK, 1970, S. 43).

2.1.5. Prognose

Es gibt nur wenige Autoren, die versuchen, das Ergebnis ihrer Nachuntersuchung mit vorausgehenden Faktoren aus der Lebensgeschichte oder Krankheitsentwicklung in Beziehung zu setzen. Diese wenigen Arbeiten kommen zudem zum Teil zu widersprüchlichen Ergebnissen. LO (1967) und POLLITT (1959) führen aus, dass die Fälle prognostisch günstig sind, die in der Kindheit keine psychischen Auffälligkeiten oder abnorme Persönlichkeitszüge zeigten. In der Frage der prämorbidem Persönlichkeit betont INGRAM (1961) einen signifikanten Zusammenhang zwischen Zwangssymptomen in der Kindheit und schlechtem Verlauf der Krankheit.

Prognostisch guenstig ist nach MUELLER (1953) eine normale praemorbide Persoenlichkeit. LO fand eine zwanghafte praemorbide Persoenlichkeitsstruktur signifikant haeufig bei gebesserten Faellen, waehrend POLLITT (1957) einen solchen Zusammenhang bei Faellen mit leichten Zwaengen sah (im Gegensatz zu Patienten ohne bzw. mit starker Symptomatik).

Zu entgegengesetzten Ergebnissen kamen KRINGLEN (1965) und LANGFELD (1938). Nach INGRAM (1961) ist der Zusammenhang zwischen zwanghafter praemorbider Persoenlichkeit und dem Zustand bei der Nachuntersuchung irrelevant.

Der Einfluss von Lebensereignissen auf den Verlauf wird gleichfalls unterschiedlich gesehen:

LO (1967) fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen ausloesenden Faktoren und guenstigem Verlauf. INGRAM (1961) hingegen misst den Lebensereignissen wie Schwangerschaft, Geburt, sexuellen Problemen und Tod eines nahen Verwandten zwar einen prognostischen Wert zu, konnte aber fuer keinen dieser Faktoren statistische Signifikanz nachweisen. INGRAM (1961), wie bereits STRAUSS (1948), erwaegt einen moeglichen Zusammenhang zwischen fruehem Erkrankungsalter und schlechter Prognose.

Einige Autoren (GUTHEIL, 1950; INGRAM, 1961; POLLITT, 1969; STRAUSS, 1948) finden die Parallele im Gegensatz zu LO (1967):

"Je kuerzer die Erkrankungsdauer vor Erstbehandlung desto guenstiger die Prognose - unabhaengig von der Intensitaet" bestaetigt. Bezueglich des Prognosewertes der Intensitaet ist KRINGLEN (1959) entgegengesetzter Meinung. MUELLER (1953) findet

die Parallele irrelevant. Er knuepft aber an die Wirkung des Alterns und des Milieus eine guenstige Prognose.

Als prognostisch irrelevant werden Geschlecht und Intelligenz (INGRAM, 1961; LO, 1967) akuter vs. schlechterer Krankheitsbeginn (KRINGLEN, 1965) und Therapie (DELESKAMP, 1965; KRINGLEN, 1965; MUELLER, 1957) aufgefasst.

2.1.6. Tabellarische Darstellung der Verlaufstendenz

Zur Darstellung der allgemeinen Verlaufstendenz der Zwangsneurose werden 28 Arbeiten tabellarisch zusammengestellt (vgl. Tab. 1). Es werden auch Arbeiten zitiert, die eine Erfolgsmessung psychochirurgischer Eingriffe beinhalten, weil die Leucotomie nach wie vor eine der moeglichen Behandlungsmassnahmen ist.

Fuer die Tabelle wurden solche Arbeiten gewaehlt, die bezueglich der allgemeinen Verlaufstendenz Erfolgskriterien heranziehen, die analog zu BLACK (1975) eine globale Kategorisierung "sehr gebessert", "gebessert", "leicht gebessert/keine Aenderung", "verschlechtert" erlauben.

Erlaeuterungen zu den Spalten 1 - 6 in Tabelle 1.

1. Autorenliste und Erscheinungsjahr der Publikationen
2. Katamnesedauer
3. Die erste Zahl in der Spalte bedeutet die Anzahl der Patienten, die therapiert worden sind. Die zweite Zahl gibt an, wieviele Patienten tatsaechlich nachuntersucht worden sind. In den Nachuntersuchungen wird erwartungsgemaess nur ein Teil der Patienten erfasst, die an der Therapie teilgenommen haben. Die Ausfallquote betraegt zwischen 0% und 66% bei einem Mittel von 11%.
4. Arbeiten ueber Zwangsneurose koennen nicht hinreichend klar einer Therapie zugewiesen werden. Aus der Tabelle ergibt sich folgende Zusammenfassung:
 - 3 psychoanalytische Behandlungen
 - 4 verhaltenstherapeutische Behandlungen
 - 7 unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungen
 - 6 medikamentoesee Behandlungen
 - 12 psychochirurgische Eingriffe (eine Zahlenmaessige Angabe war lediglich bei dieser Therapieart moeglich)
 - 11 unspezifische Therapien. Es kann nicht genau difiniert werden, welcher Behandlung und wievielen Behandlungen der Patient unterzogen wurde, sei es in der Klinik selbst oder in anderen Institutionen. In einzelnen Untersuchungsserien sind sehr wohl auch die Behandlungsarten in Kombination vorgekommen.
5. Von den tatsaechlich nachuntersuchten Patienten waren 23% in bezug zur frueheren Behandlung sehr gebessert, 31%

gebessert, 29% leicht gebessert bzw. unverändert und 9% verschlechtert. Die Langzeitergebnisse scheinen nicht davon abzuhaengen, mit welcher Therapie behandelt wurde (worauf u.a. BLACK, 1970 schon hingewiesen hat). Insgesamt gesehen ist die Prognose besser als bisher angenommen.

Als Todesursache wird vorwiegend "natuerlicher Tod" angegeben. Es ist zu vermuten, dass die Erkrankungen an einer Zwangssymptomatik keine Risikoerhoehung bedeutet. Bei zwangspaneurotischen Patienten wird selten ueber Suizide berichtet. In den meisten Untersuchungen ist die Suizidrate kleiner als 1%.

Zu der Frage, ob im Verlauf der Zwangspaneurose psychotische Entwicklungen gesehen werden, liegen folgende Ergebnisse vor:

In vielen Arbeiten wurden keine psychotischen, insbesondere schizophrenen Entwicklungen gesehen. MUELLER (1953) hingegen kam in seiner Untersuchungsserie zu dem Ergebnis, dass 7 (12,3%) von 57 Patienten sicher und 3 Patienten wahrscheinlich schizophren waren; 2 Patienten waren manisch-depressiv.

RUEDIN (1953) berichtete, dass 13 (10%) der 130 nachuntersuchten Patienten schizophren waren. INGRAM sah 4 (6%) Schizophrenen in seiner Untersuchungsserie von 60 Patienten.

In den weiteren Nachuntersuchungen uebersteigt die Haeufigkeit schizophrenen Entwicklungen nicht 3% (vgl.

CREMERIUS, 1962; KRINGLEN, 1965; LO, 1967; NOREIK, 1970); POLLITT, 1957).

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte die Moeglichkeit unterschiedlicher diagnostischer Kriterien mit in Betracht gezogen werden.

6. Die mit * versehenen Arbeiten machen differenzierte Angaben ueber:

- Art der Behandlung
- unmittelbare Therapievaluierung zum Zeitpunkt der Entlassung
- Verlaufsdaten
- Angaben zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

2.1.7. Diskussion

Die Beurteilung katamnestischer Untersuchungen bei Zwangsneurotikern ist problematisch, weil die meisten Arbeiten von unvergleichbaren Voraussetzungen ausgehen, haeufig unterschiedliche Untersuchungsziele haben, in der Methodik qualitative Unterschiede vorliegen und vor allem oft uneindeutige Erfolgsbeurteilungen herangezogen wurden.

Symptombetrachtung

Katamnestische Untersuchungen, die ihre Erfolgsbeurteilung lediglich daran messen, ob die Zwangsphaenomene zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch vorhanden sind oder nicht, entziehen sich der Beurteilung weiterer Fragen.

Soziale Beeinträchtigung

In der Literatur wird zwar auf die Parallelität zwischen Intensität der Zwangsneurose und Ausmass der Beeinträchtigung hingewiesen, eine nähere Darstellung dieses Zusammenhangs wird aber nicht vorgenommen. Dabei wäre aber fuer bestimmte Aspekte, worunter u.a. therapeutische und rehabilitative Gesichtspunkte fallen, gerade die Frage wichtig, ob alle relevanten Lebensbereiche gleichwertig beeinträchtigt sind oder nicht.

Psychische Symptome

Diagnostische Differenzierungsversuche werden u.a. dann verhindert, wenn sich die Beschreibung der Verlaufstendenz ausschliesslich auf die Veraenderung der Zwangsphaenomene und ihrer sozialen Konsequenz beschaenkt. Auf diese Weise werden sexuelle Aengste, sexuelle Stoerungen, soziale Aengste und depressive Stoerungen nicht in die Betrachtung mit einbezogen, obwohl diese Symptome haeufig von Patienten berichtet werden. Zudem wurde bisher nicht systematisch untersucht, welche sozialen Konsequenzen diese zusaetzlichen Symptome haben.

Syndromwandel

Die Zwangsneurose wird u.a. im Zusammenhang mit Depression und Schizophrenie diskutiert. Die Frage, ob sich aus der Zwangsneurose im Laufe der Zeit andere neurotische oder psychotische Krankheitsbilder entwickeln, wird haeufig vernachlaessigt.

Physische und psychische Symptome, soziale Beeinträchtigung und Syndromwandel sind geeignete Merkmale, um den Zustand des Patienten zu den Zeitpunkten der Aufnahme, Entlassung und

Nachuntersuchung zu beschreiben.

Die Beschreibung sollte aber auch hier ueber eine rein momentane Betrachtung des Krankheitsbildes hinausgehen und den gesamten Verlauf staerker einbeziehen. Zur Praezisierung der Verlaufsangaben bieten sich folgende Aspekte an:

- Dauer und Art erneuter therapeutischer Interventionen,
- Symptome, die ausserhalb der Zwangsneurose aufgetreten sind (z.B. Selbstmordversuch, Drogenabusus)
- wichtige Lebensereignisse und Verlaufstyp der Erkrankung.

Es handelt sich dann um gute Nachuntersuchungen, wenn folgende Beschreibungsmerkmale beruecksichtigt werden:

- Konkrete Vergleichsdaten zur Intensitaet der Zwangssymptome;
- Soziale Beeintraechtigung in einzelnen Lebensbereichen im Zusammenhang mit psychischen Symptomen;
- zusaetzliche diagnoseunspezifische psychische Symptome;
- zeitliche Verlaufsangaben wie Verlaufstyp, Therapien und psychische Symptome und lebensveraendernde Ereignisse

Letztlich sollte versucht werden, die eigene Therapie deutlich hinsichtlich Dauer, Art und Indikation zu beschreiben.

Die bisher publizierten Katamnesen erfuellen diese Bedingungen in der Regel nicht.

2.2. Anorexia nervosa

Krankheitsbild, Therapieansätze und Verlauf

2.2.1. Historischer Ueberblick

Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa wurde im Laufe der Geschichte der Medizin sehr uneinheitlich betrachtet. Die allerersten Beschreibungen dieses Krankheitsbildes stammen von den Engländern MORTON (1689) und GULL (1873) und dem Franzosen LASEGUE (1873). Ihre Krankengeschichten haben bis heute ihre Gültigkeit bewahrt, wenngleich sie über längere Zeiträume als irrig angesehen wurden bzw. in Vergessenheit gerieten.

MORTON gab 1689 als erster eine eindrucksvolle Kasuistik dieses Krankheitssyndroms. Er bezeichnete die Störung in seinem "Lehrbuch der auszehrenden Krankheiten" als Phthisis nervosa. MORTON beschrieb im somatischen Bereich die Kardinalsymptome Amenorrhoe, Obstipation, Appetitstörung und extreme Abmagerung. Neben den somatischen Symptomen beschrieb er als psychisch auffällig und widersprüchlich die Uneinsichtigkeit und Widerspenstigkeit gegen die Behandlung und die rastlose motorische Aktivität.

Sir William GULL, ein englischer Arzt, sprach 1868 zunächst von Apepsia hysterica. Schließlich führte er den Begriff "Anorexia nervosa" ein, da keine Störung der Magenfunktionen nachweisbar waren. Wie Morton, beschrieb auch Gull die somatischen Hauptsymptome Amenorrhoe, Obstipation, Appetitstörung und Kachexie als Folge des chronischen Hungerns. Auf der psychischen Ebene nannte er die fehlende Krankheitseinsicht, Eigenwilligkeit und Hypermotilität. Gull führte in seinen frühen

Fallbeschreibungen aus, dass die Neigung der Patienten, um jede Mahlzeit zu kaempfen, enorm sei, wobei sie aber zum Essen gezwungen werden muessten. Weiterhin wies der Autor darauf hin, wie wichtig es therapeutisch sei, die Patienten von Familie und Verwandten zu trennen.

Gull sprach von einem "morbid mental state" als Krankheitsursache, eine Differenzierung der Psychogenese fand jedoch nicht statt. Koerperliche Ursachen wurden von ihm nicht beachtet. Alle somatischen Befunde werden als Folge des Hungerzustandes betrachtet. Die Ursachen der Appetitstoerung wurde im seelischen Bereich gesehen. Nach Gull sind vorwiegend weibliche Patienten im Alter zwischen 15 und 23 Jahren betroffen.

Gleichfalls als Krankheitseinheit beschrieb 1873 LASÈGUE, ein franzoesischer Arzt, die Anorexia nervosa. Auf ihn geht die Bezeichnung "Anorexia mentalis" zurueck, die sich in der franzoesischen Literatur durchgesetzt und bis heute gehalten hat. Lasegue stimmte mit Gull voll in der Feststellung ueberein: Psychische Faktoren sind fuer die Krankheitsgenese entscheidend. Er sprach von einer "Abnormitaet des Intellekts", ging aber nicht differenzierter auf die psychogene Stoerung ein. Das Krankheitsbild kommt - nach Lasegue - vorwiegend bei weiblichen Patienten vor, und zwar meist im Alter zwischen 15 und 20 Jahren.

Morton, Gull und Lasègue gaben damals eine klinisch genaue Darstellung, die sowohl auf der somatischen als auch auf der psychischen Ebene heute keiner wesentlichen Korrektur bedarf, sondern lediglich ergaenzt werden muss.

Im weiteren Verlauf der Medizin-Geschichte kam es bezueglich der Pathogenese der Anorexia nervosa zu massiven Kontroversen. Medizin-historisch differenzierte Ausfuehrungen zum Streit der Meinungen legten vor allem CLAUSER (1964) und ROWLAND (1970) sowie THEANDER (1970) und THOMAE (1967) vor. Auf diese Autoren beziehe ich mich im wesentlichen in den weiteren Ausfuehrungen zu den divergierenden Trends pathogenetischer Betrachtung der Anorexia nervosa.

Als zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Hormonforschung zu neuen Erkenntnissen kam, stiess das Syndrom der Anorexia nervosa besonders bei den Endokrinologen und Internisten auf Interesse. Psychogenetische Faktoren fanden keine Beachtung. Die Bewertung ging ausschliesslich von der koerperlichen Symptomatologie aus.

Die Veroeffentlichungen des Hamburger Pathologen SIMMONDS, der schon 1914 ueber "Hypophysenschwund mit toedlichem Ausgang" berichtet hatte, fuehrten zu einem folgenschweren medizinischen Irrtum. Die Anorexia nervosa, die tatsaechlich im Symptom (naemlich hochgradiger Abmagerung) den von Simmonds beschriebenen Faellen aehnelt, wurde der Simmonds'schen Erkrankung gleichgesetzt und faelschlicherweise als primaere hypophysaere Insuffizienz diagnostiziert. Die psychogenetische Betrachtung der ersten Autoren (Morton, Gull und Lasègue) wurde jetzt von einer ausschliesslich endokrinologischen des Syndroms abgeloeest.

Nur REYE (1926) setzte sich von Anfang an gegen die Gleichsetzung von Magersucht und Hypophysenkrankheit ein. Er vertrat die Ansicht, dass nur bei nachweisbarer Zerstoerung des Hypophysenvorderlappens, d.h. bei roentgenologisch und

endokrinologisch krankhaften Befunden die Diagnose Simmonds'sche Kachexie gestellt werden darf. Ansonsten wurden die beiden Krankheitsbilder von ihm als wesensverschieden angesehen.

Zur Differenzierung der psychischen Genese erschien 1918 FREUD's Beitrag "Aus der Geschichte einer infantilen Neurose". Freud bezeichnet die Anorexia nervosa als Neurose, "welche Sexualablehnung durch Anorexie symbolisch ausdrueckt". Die Arbeiten von Simmonds liessen jedoch diesen Beitrag von Freud in Vergessenheit geraten. Die Gleichsetzung der Anorexia nervosa mit der Simmonds'schen Krankheit fuehrte zu therapeutischen Konsequenzen. Von Kohlehydratmast und Sondeneernaehrung bis zur Verordnung von Hypophysenvorderlappen-Praeparaten und unspezifisch wirkenden Hormonen wurde alles versucht.

Die Erfolge, die v. BERGMANN (1944) durch systematische Anwendung der Hypophysenimplantation erzielte, wurde von Internisten mit Begeisterung aufgenommen. In dieser Woge gingen auch die gemeinsamen Arbeiten des Internisten GROTE und des Psychoanalytikers MENG unter. Die beiden Autoren publizierten 1934 die Erfahrungen, dass sich die anorektischen Patienten auf therapeutische Interventionen widerspruechlich verhielten und z.B. auf eine Insulinbehandlung nicht reagierten, wohl aber auf eine Psychotherapie (s. CLAUSER, 1964, S.114).

Der Begriff einer "Ich-Stoerung" trat dann - erstmals seit Gull - wieder bei MENG (1934) auf. Er beschrieb die Anorexia nervosa als "Organpsychose" und knuepfte daran praezise analytische Vorstellungen im Sinne der Freud'schen Lehre. Meng's Annahme einer psychischen Genese der Magersucht konnte die Hypothese

einer hypophysären Genese, wie sie u.a. von v. BERGMANN und anderen Internisten und Endokrinologen vertreten wurde, jedoch nicht beeinflussen.

Beispielsweise erklärte v. Bergmann seine therapeutischen Erfolge lange "ohne jeden suggestiven Einfluss". Später allerdings, nach vierjähriger Praxis, war v. Bergmann überzeugt, dass die Hypophysenimplantation über den operativen Effekt hinaus eine Suggestivwirkung auf den Patienten ausübt. Er gab im selben Jahr die Analogie von Anorexia nervosa und hypophysärer Kachexie auf:

"Es ist eine Tatsache, dass es rein psychogene Appetitlosigkeit gibt auch ausserhalb echter depressiver Psychosen" (in CLAUSER, S. 117).

Kliniker hielten vor allem seit KYLIN's (1935) Vorschlag, die Simmonds'sche Kachexie nicht auf den von Simmonds beschriebenen Organbefund einzuschränken, sondern die Diagnose auf das klinische Syndrom der Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz zu erweitern, überzeugt an der Analogie der Anorexia nervosa und Simmonds'schen Erkrankung fest. Es wurde also von äusserlich sichtbaren krankhaften Veränderungen auf deren endokrine Ätiologie geschlossen. Demnach wurde eine funktionelle Hypophyseninsuffizienz selbst dann für die Anorexia nervosa als Ursache angesehen, wenn weder endokrinologisch noch roentgenologisch ein krankhafter Befund diagnostiziert werden konnte.

Noch 1955 schrieben BROSER und GOTTWALD:

"Obwohl sich immer mehr die Überzeugung durchsetzt, dass die

Pubertaetsmagersucht hypophysaerer Genese und dass eine endokrine Funktionsstoerung das primaere ist, wollen Tiefenpsychologen, Daseins-Analytiker und Psychotherapeuten vielfach die Pubertaetsmagersucht als schwere Neurose, als Reifungskrise aufgefasst wissen" (in CLAUSER, S. 117).

Die Anorexia nervosa wurde jedoch nicht nur bei Internisten und Endokrinologen zum Kompetenzkonflikt, sondern geriet auch bei den Psychiatern und Psychotherapeuten in die "Klassifikationsmuehle". Die psychiatrischen Kontroversen um die Anorexia nervosa werden nirgends deutlicher als an der Auseinandersetzung um den von BINSWANGER 1945 beschriebenen "Fall Ellen West". BLEULER und BINSWANGER stellten die Diagnose "Schizophrenia simplex", fuer KRAEPELIN war es eine "Melancholie". Von einem namentlich nicht genannten Psychiater wurde dieser Fall als psychopathische Konstitution, die sich fortschreitend entwickele, diagnostiziert. (s. CLAUSER, S. 120).

ZUTT geht davon aus, dass die "psychische Abnormitaet eine Begleiterscheinung oder Folge der primaer endokrinen Stoerung" (CLAUSER, S. 119) und damit die Anorexia nervosa als endogen-innersekretorische Krankheit anzusehen sei. Zutt lehnt eine Psychogenese der Anorexia nervosa ab und reiht die Pubertaetsmagersucht in den manisch-depressiven Formenkreis ein.

Die Arbeiten von Freud und Meng wurden auch in psychiatrisch einschlaegigen Arbeiten nicht erwaeht. Erst KRETSCHMER (1958) und seine Schule (vgl. LUKAS, 1956) lehrten, dass psychische und somatische Faktoren gleichwertig zur Bewertung der Genese der Anorexia herangezogen werden muessten - wie bereits 300 Jahre

zuvor bei Morton bzw. 100 Jahre frueher bei Gull und Lasègue zu lesen war.

Die meisten Autoren der Gegenwart sehen die Pubertaetsmagersucht als eine primaer psychische Erkrankung mit sekundaeren physischen Veraenderungen an. Phaenomenologisch zeigt sich fuer die Pubertaetsmagersucht eine erstaunliche Homogenitaet der Symptome, so dass es gerechtfertigt erscheint, diese Erkrankung als eigenstaendige nosologische Entitaet zu betrachten. Von einigen Autoren wurde dagegen die Ueberlappung mit anderen Krankheitsbildern wie z.B. der Zwangsneurose (PALMER & JONES, 1930), einer Form der Psychose (NICOLLE, 1939; WALL, 1959) und der Depression (CANTWELL, STURZENBERGER, BURRANGLES, SALKIN & GREEN, 1977) hervorgehoben.

Viele der widerspruechlichen Ergebnisse zu diesem Krankheitsbild in der Literatur koennen auf das Fehlen einer allgemein akzeptierten genauen Definition des Krankheitsbildes zurueckzufuehren sein.

2.2.2. Krankheitsbild

Die Anorexia nervosa tritt vorwiegend bei jungen Maedchen und nur zu 5 bis 15% bei Jungen auf (BLISS & BRANCH, 1960; BRUCH, 1973; DALLY, 1969; HALMI, 1974; THEANDER, 1970; THOMS & CRISP, 1972; WARREN & VANDE WIELE, 1973).

Der Krankheitsbeginn liegt im Zeitraum der Pubertaet. Die Anorexia nervosa tritt vorwiegend in mittleren und hoeheren sozialen Schichten auf (was allerdings von KENDELL, HALL, HAILEY & BABIGIAN, 1973 sowie ROWLAND, 1970, nicht bestaetigt werden

konnte).

Zwillingsuntersuchungen, bei denen sich gleich haeufig konkordante und diskordante eineiige Zwillinge fanden, stellen den genetischen Aspekt zurueck (BRUCH, 1969 CRISP, 1965; FORSTER & KUPFER, 1975; HALMI, BRODLAND & LONEY, 1973; WERMAN & KATZ, 1975).

Einige neuere Untersuchungen geben Hinweise fuer eine Zunahme der Inzidenz der Anorexia nervosa (CRISP, PALMER & KALUCY, 1976).

Die Sterblichkeitsquote von 10 - 15% ist sehr hoch. (THEANDER, 1970; MORGAN & RUSSEL, 1975; WILLI & HAGEMANN, 1976). In einer Studie von WILLIAMS (1958) liegt die Sterblichkeit sogar bei fast 24%. Die Todesfaelle treten bei dieser Krankheitsgruppe viel weniger durch Verhungern als vielmehr durch hinzukommende Erkrankungen auf.

Als ein Hauptsymptom der Anorexia nervosa gilt allgemein ein deutlicher Gewichtsverlust. Neuere Untersuchungen (Fichter, pers. Mitteilung) weisen jedoch darauf hin, dass selbst bei Normalisierung des Koerpergewichts anorektische Symptome weiterhin vorhanden sein koennen.

Neben Gewichtsverlust wird die Amenorrhoe, die fast ausschliesslich sekundaer ist, als wesentliches Symptom angesehen. In einem Drittel der Faelle kommt es bereits vor dem Gewichtsverlust zu einem Sistieren der Regelblutung (vgl. BLISS & BRANCH, 1960; KAY & LEIGH, 1954; MORGAN & RUSSEL, 1975). Bei diesen retrospektiven Angaben ist jedoch zu beruecksichtigen,

dass sie durch Erinnerungsfehler verzerrt sein koennen. Die Regelblutung kann bei spaeterem Erreichen des Normalgewichts auch weiterhin sistieren (vgl. FRISCH & McARTHUR, 1974). Andere Merkmale wie epigastrische Beschwerden, Obstipation, verminderte Libido und gedankliches Kreisen um Nahrungsmittel und Essenszubereitung werden neben den Hauptsymptomen haeufig gesehen. Eine Vielzahl anderer anamnestischer Merkmale koennen vorwiegend als Folge der Nahrungskarenz und des Untergewichts angesehen werden: Kaelteintoleranz, Polyurie, Oedeme an den unteren Extremitaeten, Bradykardie, hypotone Kreislaufage, Hypothermie, trockene Haut, petechiale Hautblutungen, ein systolisches Herzgeraesch und feine, flaumartige Lanugobehaarung (vgl. u.a. WARREN und VANDE WIELE, 1973).

An weiteren pathologischen Befunden sind aus der Literatur zu nennen: Hypophasie des Knochenmarks, pathologische D-Xylose-Absorption, Hypomobilitaet des Gastrointestinaltraktes und spezifische EKG-Veraenderungen mit Bradykardie, Niedervoltage und niedriger bis umgekehrter T-Zacke. Als endokrinologische Befunde sind zu nennen: Erhoehung der Plasma-Cortisol-Werte und partielle Aufhebung des 24-Stunden-Musters (DOERR, FICHTER, PIRKE & LUND, 1978) erniedrigte Gonadotropinwerte, mit infantilen oder praepubertaeren 24-Stunden-Mustern (BOYAR, KATZ, FINKELSTEIN, KAPEN, WEINER, WEITZMAN & HELLMAN, 1974), erniedrigte Plasma-Testosteron-Werte (GARFINKEL, BROWN, STANCER & MOLDOFSKY, 1975), zumal normale Prolaktin-Werte und erhoehte Wachstums-Hormonwerte (GARFINKEL et al., 1975); die Schilddruesenhormone im Plasma sind mit wenigen Ausnahme zumeist normal (GARFINKEL et al., 1975; MECKLENBURG et al., 1974), TSH-Werte koennen leicht erniedrigt sein und zeigen auf

Stimulation mit Thyreotropin-Releasing-Hormone (TRH) normalen Anstieg (LUNDBERG, WALLINDER, WERNER & WIDE, 1972).

Im Vordergrund des anorektischen Verhaltens steht die Nahrungsverweigerung. Es werden zum Teil lediglich minimale Mengen verzehrt oder Mahlzeiten vollkommen uebersprungen oder die Nahrungsaufnahme wird nach strengen diaetetischen Vorschriften bestimmt.

Propriozeptive Reize des Koerpers, wie z.B. Hunger, Durst, werden ignoriert oder tatsaechlich nicht mehr wahrgenommen. Bemerkenswerterweise entwickelt der anorektische Patient eine Vorliebe fuer andere zu kochen, zu backen, andere regelrecht zu maesten, Rezepte zu sammeln, auf Lebensmittelaerkte zu gehen, Ess-Sachen zu horten, oder aber sein Denken ist unaufhoerlich auf das Essen zentriert. Die Kontrolle ueber den eigenen Koerper wird meistens nicht durchgehalten, und es kann nach langer anstrengender Fastenperiode zu Fressattacken kommen, wobei zum Teil willkuerlich alles verschlungen wird, was erreichbar ist. Der Bulimie folgt wiederum in haeufigen Faellen selbst induziertes Erbrechen.

Der mit dem Fasten verbundene Gewichtsverlust wird zusaetzlich haeufig unterstuetzt durch Laxantienabusus, oder koerperliche Bewegung, wobei z.B. trotz kachetischem Zustand Tagesmaersche von 40 km oder sechs Stunden Leistungssport berichtet werden. Auch bezueglich des Bewegungsdranges scheinen propriozeptive Signale der Ermuedung oder Erschoepfung ignoriert bzw. nicht wahrgenommen zu werden.

Wie alle Symptome, die auf eine vorsätzliche Gewichtsreduktion hinweisen, ist auch der Bewegungsdrang von grosser differentialdiagnostischer Bedeutung. Bei hypothalamischen Tumoren und anderen organisch bedingten Ess-Störungen wird Muedigkeit wahrgenommen und es findet sich zumeist das Beduerfnis nach Schonung.

In fruehen Phasen der Erkrankung - oft bereits vor Beginn der koerperlichen Symptomatik - kapseln sich die Patienten von Gleichaltrigen ab, leben zurueckgezogen und versaeumen es, altersgemaesse Verhaltensweisen und Problemloesungsstrategien zu erlernen. Anorektische Patienten entwickeln einen bemerkenswerten Lerneifer in Schule, Studium und Beruf und erzielen haeufig hervorragende Leistungen. Diese Leistungen finden Anerkennung. Das soziale Verhaeltnis ist dadurch gestoert, dass sie sich von anderen isolieren, dass ihre sozialen Beziehungen vorwiegend durch Leistungsnachweis gepraeagt sind und dass sexuelle Aengste hetero-sexuelle Beziehungen verhindern,. Der magersuechtige Patient neigt weiterhin dazu, andere und sich selbst bezueglich der Symptome und Gefahren seiner Erkrankung zu taeuschen und ein verzerrtes Bild ueber seine Koerperfigur zu entwickeln. Dabei kann der eigene Koerper selbst in kachektischem Zustand noch als zu dick empfunden werden, waehrend die Figur anderer Personen relativ exakt eingeschaeetzt wird (SLADE & RUSSELL, 1973; CRISP & KALUCY, 1973).

Relativ spaet in der Krankheitsentwicklung kann es auch zu Kleptomanie kommen, wobei vor allem Nahrungsmittel, aber auch andere Gegenstaende gestohlen werden. An weiteren zusaetzlichen psychischen Symptomen sieht man im spaeteren Verlauf der Anorexia

nervosa zum Teil Alkohol- und Tablettenabusus, neurotisch-depressive Verstimmungen und Selbstmordversuche.

FEIGHNER et al. (1972) versuchten, die diagnostischen Kriterien fuer Anorexia nervosa zu standardisieren:

Kriterien fuer die Diagnose "Anorexia nervosa"

nach FEIGHNER et al. (1972)

- A . Krankheitsbeginn vor dem 25. Lebensjahr
- B Anorexia mit einem Gewichtsverlust von mindestens 25 Prozent des frueheren Koerpergewichts.
- C Verzernte, nicht korrigierbare Einstellung bezueglich Essen, Nahrung oder Gewicht, welche trotz Hunger, Ermahnung, Bekraeftigung oder Drohungen weiter besteht, wie z.B.:

1. Krankheitsverleugnung und fehlendes Erkennen des notwendigen Kalorienbedarfs;
2. anscheinende Freude am Gewichtsverlust mit offenen Anzeichen dafuer, dass die Nahrungsverweigerung als angenehm erlebt wird;
3. ein Koerperidealbild von extremer Schlankheit mit eindeutigen Anzeichen dafuer, dass das Erreichen bzw. Halten dieses Zustandes fuer den Patienten verstaerkend ist;
4. ungewoehnliches Horten und Umgehen mit Esswaren.

- D Keine medizinische Erkrankung, auf welche die Anorexie und der Gewichtsverlust zurueckgefuehrt werden kann.

2

E Kein Vorliegen einer anderen psychiatrischen Erkrankung insbesondere endogene Depression, Schizophrenie, Zwangsneurose und Phobie (hier liegt die Annahme zugrunde, dass die Nahrungsverweigerung zwar phobische oder zwanghafte Zuege aufweisen kann, fuer sich aber nicht ausreichend ist, um die Diagnose einer Zwangsneurose oder Phobie zu stellen).

F Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome:

1. Amenorrhoe,
2. Lanugobehaarung,
3. Bradykardie (Ruhepuls von 60/min. oder weniger),
4. Perioden koerperlicher Ueberaktivitaet,
5. Episoden von Bulimie,
6. Erbrechen (ggfs. selbst induziertes).

BRUCH (1973) betont weniger die somatischen Aspekte der Anorexia nervosa, sondern hebt stattdessen besonders psychologische Beschreibungsmerkmale hervor. In Ihren Untersuchungen unterscheidet sie zwischen "primary Anorexia nervosa" und "atypical Anorexia nervosa". Die atypische Anorexia nervosa weist kein einheitliches Krankheitsbild auf. Die Nahrungsverweigerung traegt haeufig manipulativen Charakter, und der Gewichtsverlust ist sekundaer durch andere Probleme bedingt. Diese Form ist zum Zeitpunkt der Behandlung dem Bild der primaeren Anorexia oft taeuschend aehnlich und kann nur durch eine detaillierte psychiatrische Exploration von ihr abgegrenzt werden. Die atypische Form zeigt eine grosse Varianz in Symptomatik und Schweregrad.

Die primäre Anorexia nervosa nach Bruch vermittelt dagegen ein erstaunlich einheitliches Krankheitsbild. Bruch sieht dabei eine Störung von psychischen Funktionen in hauptsächlich drei Bereichen:

1. Verzerrung des Körperbildes (disturbance of delusional proportions of body image and body concept).
Der Patient will dünn um jeden Preis sein. Er zeigt keinerlei Krankheitseinsicht bezüglich Untergewicht und Verhaltensweisen, die das Gewicht weiter erniedrigen. Er kümmert sich nicht um die negativen Folgen des Untergewichts. Die Erkennung eines verzerrten Körperbildes ist nach Bruch notwendig zur Differentialdiagnostik.
2. Störung der genauen Wahrnehmung und kognitiven Verarbeitung von Körpersensationen (disturbance in accuracy of perception or cognitive interpretation of stimuli arising in the body).
Ein normales Gefühl für Hunger und Appetit scheint bei den Patienten zu fehlen. Im Zusammenhang mit dieser Störung sind klinische Symptome - wie gestörte Essgewohnheiten, Nahrungspräferenzen, Abwesenheit von Verlangen nach Nahrung, nicht kontrollierbare Fressimpulse, die als erschreckend erlebt werden - zu verstehen. Weitere Symptome wie Überaktivität, Verleugnung von Müdigkeit sind charakteristisch. Die Patienten berichten, dass sie sich nicht müde fühlen, immer etwas tun und sich viel bewegen wollen, während bei Kachexie anderer Genese Müdigkeit und die Vermeidung von Anstrengung typisch sind.

5.6 Prognose

Ein besonderes Ziel langfristiger Verlaufsbeschreibungen ist, spezifische Faktoren und soziale Ereignisse herauszuarbeiten, die Aenderung im Krankheitsverlauf bewirken. Das Hervorheben bedeutsamer Faktoren fuer den langfristigen Verlauf ermoeeglicht verbesserte Vorhersagen eines Krankheitsverlaufs und kann aufgrund hypothesengeleiteter Studien zu spezifischen therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen fuehren, die den Krankheitsverlauf guenstig beeinflussen.

Die in dieser Arbeit vorangegangene Ueberpruefung verschiedener Beurteilungskriterien untereinander zeigt, dass die Zusammenhaenge zwischen den Kriterien unterschiedlich hoch sind, sich einige Kriterien wegen ihres geringen Informationsgehaltes fuer eine Verlaufsbeschreibung weniger eignen, jedoch die Wahl mehrerer verschiedener Beurteilungskriterien wichtig erscheint. Als bedeutsam haben sich insbesondere kombinierte Beurteilungsaspekte erwiesen. Hierzu gehoert an erster Stelle die "global assessment scale", die in standardisierter Form sowohl das Ausmass psychischer Stoerungen, als auch die fehlende soziale Integrationsfaehigkeit erfasst und normative Vergleiche ermoeeglicht. An zweiter Stelle hat sich die neukonstruierte Beurteilungsskala zur angenommenen Therapiebeduerftigkeit als bedeutend erwiesen. Die weiteren Katamnesekriterien sind eher von sekundaerer Bedeutung. Als Detailinformationen koennen sie prognostische Zusammenhaenge zwischen Praediktoren und der GAS bzw. Therapiebeduerftigkeit unterstuetzen, sofern es theoretisch plausibel erscheint. Im folgenden (vgl. Tabelle 62) wird die prognostische Bedeutung von Einzelfaktoren fuer den langfristigen Verlauf analysiert, die zur allgemeinen Beschreibung der

Anorexia nervosa z.T. in Kombination mit Psychotherapie angewendet. Zu nennen sind elektro-convulsive Therapie (BERNSTEIN, 1964; DAVIS, 1961; KAY & LEIGH, 1954; WALL, 1959), L-DOPA (JOHANSON & KNORR, 1974), adrenocorticotrope Hormone und Corticosterioide (GREENBLATT, BARFIELD & CLARKS, 1951; THORN et al., 1950), Anabolika (TEC, 1974), praefrontale Lobotomie (ALTSCHULE, 1953; CARMODY & VIBBER, 1952; SARGANT, 1951), Appetitanreger in hohen Dosen, wie Cyproheptadin (GOLDBERG et al., 1977) und - last not least - stark daempfende Neuroleptika, wie Chlorpromazin. In einigen internistischen Kliniken wurde die Kombination Sondenernaehrung, Bettruhe und neuroleptische Medikation versucht (DALLY & SARGANT, 1960; FRAHM, 1966), allerdings liegen hierzu Ergebnisse bisher nicht vor.

Waehrend psychoanalytische Behandlungsansaetze viel zum Verstaendnis der Psychodynamik der Erkrankung beigetragen haben, scheitern traditionelle analytische Psychotherapieversuche zumeist an der mangelnden Krankheitseinsicht und Passivitaet der Patienten (BLINDER, FREEMAN & STUNKARD, 1970; BRUCH, 1973; DALLY, 1969; MOLDOFSKY & GARFINKEL, 1974; SELVINI, 1971).

Aus der psychoanalytischen Situation stammend entwickelte BRUCH (1973) einen mehr tatsachen-explorierenden, nicht-interpretativen Behandlungsstil. Weiterhin sind familientherapeutische Ansaetze (CRISP, HARDING & McGUINNESS, 1974; MINUCHIN, ROSMAN & BAKER, 1978; SELVINI, 1971) zu nennen.

In den letzten zehn Jahren wurden zahlreiche Untersuchungen veroeffentlicht, in denen eine erfolgreiche Anwendung verhaltenstherapeutischer Verfahren, basierend auf dem Prinzip

der operanten Konditionierung stattgefunden hatte. Dabei wurde im allgemeinen eine physische Restitution durch Gewichtszunahme erzielt, indem diese durch Stationsprivilegien, wie z.B. Teilnahme an sozialen Aktivitaeten, der Erlaubnis Besuche zu empfangen, kontingent verstaerkt wurde (AGRAS & WERNE, 1977; AZERRAD & STAFFORD, 1969; BIANCO, 1972; BLINDER, FREEMAN & STUNKARD, 1970; CUNNINGHAM, 1975; LOBB & SCHAEFER, 1972; SCHAEFER & SCHWARZ, 1974).

Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Magersucht entwickelte sich in den vergangenen Jahren zu einem differenzierteren breiten Therapieansatz, der neben dem Gewichtsverlust auch soziale Defizite und Aengste, gewichts-phobisches Verhalten, familiaere Konflikte etc., beruecksichtigt.

2.2.4. Verlauf'

Neben Symptomatik und Behandlungsmoeglichkeit ist die Frage nach dem langfristigen Verlauf der anorektischen Erkrankung von grossem Interesse, insbesondere welche Faktoren den Krankheitsverlauf guenstig bzw. unguenstig beeinflussen und welche Therapien langfristige Effekte zeigen. Zur Beantwortung dieser Fragen nach Verlauf, Prognose und Therapieeffekt stehen katamnestische Untersuchungen zur Verfuegung, wobei fuer diese Arbeit ueber 50 Nachuntersuchungen beruecksichtigt sind.

Evaluierungsversuche nach methodisch strengen Kriterien haben sich innerhalb der Katamnesenforschung auch in den letzten Jahren noch nicht durchgesetzt. Deshalb ist nicht mit Einheitlichkeit der Nachuntersuchungen zu rechnen. Die Katamnesen bei Anorexia

nervosa weisen erhebliche Unterschiede hinsichtlich Katamnesedauer, Stichprobenumfang, Vollstaendigkeit der Datenerhebung und Objektivitaet der Daten auf. Zudem unterscheiden sich Nachuntersuchungen haeufig in ihren Untersuchungszielen.

Diagnostische Differenzierungsveruche aufgrund von Verlaufsstudien nehmen u.a. BRUCH (1973), CANTWELL, STURZENBERGER, BURRANGLES, SALKIN & GREEN (1977) vor. Andere Autoren akzentuieren staerker die Frage nach der Prognose dieser Stoerung (BECK & BROECHNER-MORTENSEN, 1954; BROWNING et al., 1968; BRUCH, 1966, 1971; CREMERIUS, 1965, 1978; CRISP et al., 1974; HALMI et al., 1977; KAY & SCHAPIRA, 1961; MEYER, 1961; RUSSELL, 1977; WILLI et al., 1976).

In vielen Arbeiten wird vor allem die Frage nach langfristigen Therapieeffekten betont (vgl. BACHRACH, ERWIN & MALER, 1963; BHANJI & THOMPSON, 1974; BRADY & RIEGER, 1975; CRISP, 1965; DALLY, 1960; DUEHRSEN, 1962; FRAHM, 1966; GARFINKEL, KLINKE & STANCER, 1973; GELLER, 1975; GOEBEL, 1976; GROEN & FELDMAN-TOLEDANO, 1966; HALLSTEIN, 1965; HALMI, POWERS & CUNNINGHAM, 1975; LEITENBERG, AGRAS & THOMSON, 1968; NEUMAN & GAONI, 1975; PERTSCHUK, 1977; PIERLOOT, WELLENS & HOUBEN, 1975; ROSMAN, MINUCHIN, BAKER & LIEBMAN, 1977; SCHNURER, 1973; van BEUGEN, KROBVELD, GRAEFF, SMEENK & QUERIDO, 1961; WILLIAMS, 1958; STAFFORD-CLARK, 1958).

Der Vergleichbarkeit entzieht sich auch die Beurteilung des Therapieerfolges. Hier sind insbesondere die Kriterien der Erfolgsmessung uneinheitlich, was nicht weiter verwundert, wenn

man bedenkt, dass derartige Untersuchungen weitgehend von der Schule bestimmt sind, der der jeweilige Untersucher angehört. Die Untersuchungen koennen ausgehen:

- von rein somatisch orientierter Therapie (vgl. BECK et al., 1954; van BEUGEN, 1961; DALLY, 1966; WILLIAMS, 1958),
- von einer Psychoanalyse (vgl. CLAUSER, 1964; MEYER, 1961; THOMAE, 1961),
- von verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden (vgl. BHANJI et al., 1974; BRADY et al., 1975; GARFINKEL et al., 1977) oder
- von anderen psychotherapeutischen Interventions-techniken (vgl. GROEN et al., 1966; MORGAN & RUSSELL, 1975; ROSMAN et al., 1977). Darüber hinaus liegen Evaluierungsversuche kombinierter Behandlungsmethoden vor (vgl. CRISP, 1965; GELLER, 1975; PIERLOOT et al., 1975; WALL, 1959).

Unterschiede in den diagnostischen Kriterien haben zudem zur Folge, dass die Untersuchungsergebnisse gelegentlich schwer interpretierbar sind. Dies trifft z.B. zu, wenn psychotische Entwicklungen oder andere neurotische Krankheitsbilder i.S. "eines Syndromwandels" diskutiert werden. Bei strenger Betrachtung sind von den 53 publizierten Katamnesen kaum zwei jeweils untereinander vergleichbar.

Untersuchungen unbehandelter Gruppen liegen nicht vor. Demzufolge ist die Frage des natuerlichen Verlaufs der Erkrankung bisher nicht beantwortet worden.

Die Katamnesen behandelter Patienten lassen trotz methodischer Uneinstimmigkeit zumindest Aussagen ueber Prognose und Verlaufstendenz zu.

2.2.5. Prognose

Hinsichtlich der Prognose besteht keine Einigkeit. Es werden als prognostisch guenstig diskutiert: Erkrankungsalter unter 18 Jahren, fruehe Menarche (HALMI et al., 1973; THEANDER, 1970; WILLI, 1976) und geringe Dauer der Krankheit bis Behandlungsbeginn (PIERLOOT et al., 1975; BROWNING, 1968; SEIDENSTICKER, 1968). WILLI (1976) konnte diesen Faktor nicht bestaetigen. BECK & BRØCHNER-MORTENSEN (1954) beurteilen lange Therapieaufenthalte als prognostisch guenstig; fuer MORGAN et al., (1965) ist dieser Faktor prognostisch irrelevant.

Als prognostisch unguenstig erweisen sich Laxantienabusus (HALMI, 1977; WILLI et al., 1976), Erbrechen (HALMI, 1977; THEANDER, 1970; WILLI, 1976) und zusaetzliche andere neurotische Symptome in der Vorgeschichte des Patienten (CLAUSER, 1964).

2.2.6. Tabellarische Darstellung der Verlaufstendenz

Um eine Uebersicht der allgemeinen Verlaufstendenz zu geben, sollen einige Arbeiten tabellarisch zusammengestellt werden (vgl. Tabelle 2). Die Auswahl wurde nach folgenden Minimalkriterien getroffen:

Die Untersuchung muss mindestens 10 Patienten umfassen und eine Katamnesedauer von einem Jahr oder mehr erfassen, wobei die Datenerhebung in Form eines persoенlichen Interviews zum Zeitpunkt der Katamnese bereits durchgefuehrt sein sollte. Da

die einzelnen Therapieformen sehr stark voneinander abweichen und innerhalb der Untersuchungsserie eines Autors mehrere Verfahren vorkommen oder in Kombination angewendet werden, ist vorgesehen, dass jede einzelne therapeutische Vorgehensweise zumindest durch eine Arbeit repraesentiert wird.

Legt man diese relativ schwachen Kriterien zugrunde, verbleiben von den 53 Arbeiten nur noch 19, die in der folgenden Tabelle aufgefuehrt sind.

1	2	3	4	5	6								
Autor	Katamnese- dauer Angabe in Jahren	N	Art der Behandlung		Katamnese								
			N ursprünglich therapiert	N katastrophisch nachuntersucht									
			Verhaltens- therapie	Psychoana- lyse	sonstige Psycho- therapie	Medikamente	unspezifisch	Intensität der Symptomatik			sonstige und un- klare Dia- gnose	Grobklausur- Methodik	
								keine	deutliche	starke			Exitus
1. Beck et al (1954)	1 - 23	36	25			x	x		18	20	4	1	
2. Browning et al (1968)	1 - 30	36	26			x	x		14	9	6	3	
3. Clauser (1964)*	1 - 8	19	19		x				14	2	3		
4. Cramerius (1978)	26 - 29	13	13					x	3	4	4	2	4
5. Crisp (1965)	2,5	42	21			x	x		13	5		2	1
6. Parquharson (1966)	20 - 30	15	15					x	10	4	1		
7. Garfinkel et al (1977)	3,1	42	42		x				7	27	7	1	
8. Meyer (1961)	10	34	20						7		7	3	3
9. Minuchin et al (1978)	1 - 7	53	50		x	x			43	2	5		
10. Nemiah (1950)	1 - 12	18	13			x			4	1	6	2	
11. Niskanen et al (1974)	5,2	48	46					x	20		20	6	
12. Pertschuk (1977)	1,10	29	27				x		12	9	6		
13. Pierloot et al (1975)	2 - 12	32	32		x	x	x		16	5	11		
14. Rowland (1970)*	9 - 30	30	17			x	x		6		8	3	
15. Seidensticker (1968)	1 - 10	60	53			x	x		20	16	8	9	
16. Theander (1970)*	5 - 30	94	94		x				59	19	7	9	
17. Thomä (1967)*	3,5	31*	19				x		4	13	1	1	
18. Willi et al (1976)	8 - 16	20	20		x		x		7	5	5	1	2
19. Williams (1958)	3 - 13	53	42				x		23	6	3	10	

Tab. 2 : Kataamnestische Untersuchungen bei Anorexia nervosa

* Diese Arbeit machen differenzierte Angaben zur Art der Behandlung, unmittelbare Therapie-
evaluierung, Verlaufdaten und differenzierte Angaben zum kataamnestischen Zeitpunkt.
§ durchschnittlich

Erläuterungen zu den Spalten 1 - 6 in Tabelle 3:

1. Autorenliste und Erscheinungsjahr der Publikation
2. Katamnesedauer.
3. Die erste Zahl in der Spalte bedeutet die Anzahl der Patienten, die therapiert wurden. Die zweite Zahl gibt an, wieviele Patienten tatsaechlich nachuntersucht wurden. In den Nachuntersuchungen wird erwartungsgemaess nur ein Teil der Patienten erfasst, die an der Therapie teilgenommen haben. Die Ausfallquote betraegt zwischen 1% und 50% bei einem Mittel von 15%.
4. Nicht alle Arbeiten koennen hinreichend eindeutig einer Therapieart zugewiesen werden. Aus der Tabelle ergibt sich folgende Zusammenfassung:
 - 3 verhaltenstherapeutische Behandlungen
 - 4 psychoanalatische Behandlungen
 - 7 sonstige unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungen
 - 10 medikamentoesee Behandlungen
 - 3 unspezifische Therapien. Es kann nicht genau definiert werden, welcher und wievielen Behandlungen der Patient unterzogen wurde, sei es in der Klinik selbst oder in anderen Institutionen. In einzelnen Untersuchungsserien sind sehr wohl auch die Behandlungsarten in Kombination vorgekommen.

5. Von den 605 tatsaechlich nachuntersuchten Patienten zeigen 286 (47%) keine anorektischen Symptome mehr, 143 (24%) waren gebessert, 112 (19%) verschlechtert, 53 (9%) verstorben und 10 (2%) teils psychotisch, teils neurotisch oder diagnostisch unklar.

Als grobe Verlaufstendenz zeichnet sich ab, dass ca. die Haelfte der Patienten keine anorektischen Symptome mehr aufweisen, 1/4 unveraendert und 1/5 verschlechtert ist, d.h., dass die allgemeine Faustregel (1/3 verbessert, 1/3 unveraendert, 1/3 verschlechtert), nicht ganz bestaetigt werden kann.

Es muss jedoch beruecksichtigt werden, dass insgesamt 101 (16%) Patienten, die urspruenglich therapiert worden sind, letztlich nicht nachuntersucht wurden.

Als Todesursache wird vorwiegend "Tod im Zusammenhang mit der Anorexia nervosa" angegeben, 15% der Verstorbenen sind durch Selbstmord verstorben.

Im Verlauf der Anorexia nervosa wird sehr selten eine psychotische Entwicklung (vor allem Schizophrenie) gesehen. Bei der Beurteilung der Angaben zu den psychotischen Verlaeufen (0% - 31%) ist zu beruecksichtigen, dass u.U. Unterschiede in den diagnostischen Kriterien das Ergebnis mit beeinflussen.

6. Grobklassifikation der Methodik

Die mit * versehenen Arbeiten machen differenzierte Angaben ueber:

- Art der Behandlung
- unmittelbare Therapieevaluierung zum Zeitpunkt der Entlassung
- Verlaufsdaten
- Angaben ueber den psychischen Zustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

2.2.7. Diskussion

Die Aussagen ueber Verlaufstendenzen sind in den einzelnen Arbeiten von unterschiedlicher Ausfuehrlichkeit.

Gewichtsverlust

Gewichtsverlust gilt allgemein als ein Hauptsymptome der Anorexia nervosa. Es ist deshalb naheliegend, dass ein Gewichtsanstieg als Erfolgskriterium herangezogen und allgemein einer Besserung gleichgesetzt wird (vgl. BIANCO, 1972; NEUMANN et al., 1975).

Neuere Beobachtungen zeigen aber, dass anorektisches Verhalten auch nach Normalisierung des Gewichts weiter bestehen kann. Weiterhin ist zu beachten, dass ein querschnittsmaessiger Gewichtsvergleich zwischen zwei Zeitpunkten Schwankungen nicht beachtet, diese die Erfolgsbeurteilung aber sehr wohl relativieren.

Auch ist zu ueberlegen, ob der Vergleich der absoluten Gewichtsveraenderung anstelle des veraenderten prozentualen Idealgewichts (Relation zur Koerpergroesse) nicht dahingehend

irrefuehrt, dass z.B. ein extremer Gewichtsanstieg kein Hinweis auf Symptommfreiheit ist, sondern u.U. auf ein gestoertes Essverhalten hinweist, das als Fettsucht diagnostiziert werden muesste.

Klinische Krankheitsmerkmale

Viele Autoren machen Aussagen ueber die Verlaufstendenz der Anorexia nervosa auf einer ausfuehrlichen klinischen Beschreibungsebene. Wesentliche klinische Krankheitsmerkmale wie vor allem Amenorrhoe, Nahrungsverweigerung, Erbrechen und Laxantien-Abusus werden in die Erfolgsbeurteilung mit einbezogen oder intensive Laboruntersuchungen vorgenommen.

Bezueglic der Amenorrhoe ist kritisch anzumerken, dass trotz Normalisierung des Koerpergewichts und anderer anorektischer Merkmale die Regelblutung ausbleiben kann.

Ferner waere es wichtig, eine Differenzierung dahingehend vorzunehmen, ob die Regelblutung spontan oder nur bewirkt durch Hormonpraeparate auftritt.

Psychische Symptome

Die Beschreibung der Verlaufstendenz auf der Basis rein somatischer bzw. klinischer Merkmale der Anorexia nervosa birgt die Gefahr, ein verzerrtes Bild zu liefern. Typische psychische Symptome der Anorexia nervosa, wie sexuelle Aengste, soziale Isolation, extreme Leistungsorientierung, werden - obwohl sie das Zustandsbild massgeblich bestimmen koennen - bei einer rein klinischen Betrachtungsweise nicht erfasst. Als komplexere Verlaufsbeschreibungen sind deshalb solche Arbeiten zu

betrachten, die Aussagen machen ueber klinische Merkmale wie Gewichtsveraenderung, Amenorrhoe, Essverhalten und gleichzeitig psychische Symptome beurteilen, die die soziale Anpassungsleistung in relevanten Lebensbereichen beeintraechtigen koennen.

Syndromwandel

Die bisher aufgefuehrten Beschreibungsebenen " lassen unterschiedlich vollstaendig und genaue Aussagen ueber die allgemeine Verlaufstendenz innerhalb des diagnostischen Bildes der Anorexia nervosa zu. Darueber hinaus stellt sich aber die Frage, ob sich aus der Anorexia nervosa selbst im Laufe der Zeit ein anderes diagnostisches Bild entwickelt.

Eine wirklich vollstaendige Beschreibung muesste infolgedessen Angaben zu klinischen und psychischen Merkmalen der Anorexia nervosa machen, den Patienten in seinem sozialen Umfeld betrachten und andere psychische Symptome systematisch erfassen.

Globale Angaben wie: " Das Gewicht ist hoeher - "Es besteht keine Amenorrhoe" - "Die Patientin ist verheiratet und arbeitsfaehig" - "Es besteht kein Hinweis auf einen Syndromwandel" sind allerdings nur als grobe Hinweise zur Verlaufstendenz zu interpretieren, fuer differenziertere diagnostische und prognostische Ueberlegungen ist ihr Aussagewert gering, d.h. Verlaufsbeschreibungen sind umso besser, je mehr sie inhaltliche Angaben zu den einzelnen relevanten Komponenten der Stoerung machen.

Sie sollten dabei ueber eine rein punktuelle Betrachtung des

Krankheitsverlaufs hinausgehen und katamnestische Angaben erweitern, die den Verlauf der Erkrankung insgesamt mit einbeziehen.

Zur Praezisierung der Verlaufsangaben sind folgende Aspekte wichtig:

- die therapeutische Betreuung, die der Patient im im katamnestischen Zeitraum in Anspruch genommen hat;
- die Symptome, die ausserhalb des Krankheitsbildes aufgetreten sind (Selbstmordversuche, Alkoholabusus)
- die Gewichtsschwankung, die im Verlauf der Erkrankung beobachtet wurden.
- die bedeutsamen Lebensereignisse, die waehrend des Krankheitsverlauf eintraten.

Erst die Beruecksichtigung all dieser Beschreibungsmerkmale ermoeeglicht eine sinnvolle Interpretation des katamnestischen Ergebnisses.

2.3. Folgerungen und Fragestellungen fuer die vorliegende Katamnese

Katamnestiche Untersuchungen sind umso sinnvoller, je mehr relevante Informationen unter Beruecksichtigung methodischer Forderungen zur Verfuegung gestellt werden.

Fuer die vorliegende Arbeit ergeben sich in Anlehnung an die Literaturergebnisse und Bedingungen der Institution, in der die Nachuntersuchung durchgefuehrt wird, folgende inhaltliche Fragestellungen.

1. Durch welche anamnestischen, allgemein klinischen und diagnosespezifischen Merkmale sind die beiden Diagnosegruppen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (stationaere Aufnahme ins MPI-P) und Zweituntersuchung (Katamnese) charakterisiert?
2. Welche Veraenderungen ergeben sich in standardisierten klinischen Selbst- und Fremdbeurteilungen (KSb-S und IMPS) und diagnosespezifischen Beschreibungsmerkmalen zwischen den Zeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Katamnese?
3. Inwieweit stehen diese Veraenderungen mit einem Syndromwandel im psychiatrischen Sinne in Verbindung?
4. Welche Verlaufstypen lassen sich fuer die beiden Diagnosegruppen zwischen Entlassung und Katamnese aufzeichnen, unter Beruecksichtigung der Richtung (verbessert, unveraendert, verschlechtert) und des Intensitaetsniveaus (hohes bzw. niedriges Intensitaetsniveau zum Zeitpunkt der Entlassung und Katamnese).

5. Treten zwischen Entlassung und Katamnese psychopathologische Symptome auf, die nicht im Zusammenhang mit der diagnosespezifischen Symptomatik stehen?
6. Kommt es zur erneuten Inanspruchnahme therapeutischer Dienste?
7. Welche prognostische Relevanz haben die aufgeführten anamnestischen, allgemein klinischen, diagnosespezifischen, subjektiven und objektiven Beschreibungsmerkmale der Erkrankung fuer den langfristigen Verlauf?
8. Wie beurteilt der nachuntersuchte Patient rueckblickend seine Behandlung im MPI-P und in welchem Zusammenhang stehen diese Antworten mit seinem psychischen Zustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung?

Diese Arbeit setzt sich zusaetzlich mit zwei methodischen Problemen auseinander:

9. Welche Katamnesekriterien erweisen sich als relevant zur umfassenden Beurteilung des psychischen Zustandes bei Katamnese? Sind soziale, allgemein klinische, diagnosespezifische, subjektive oder objektive Kriterien unterschiedlich aussagekraeftig?
10. Kommt ein standardisierter Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Intensitaet der diagnosespezifischen Symptomatik und der sozialen Beeintraechtigung zu aehnlichen Ergebnissen wie die Anwendung eines strukturierten Interviews durch einen erfahrenen Beurteiler?

3. Methodik der Untersuchung

3.1. Ausgangsbasis der Untersuchung

In einer empirischen Untersuchung der Psychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Instituts fuer Psychiatrie, Muenchen, (MPI-P) wurden fuer verschiedene Diagnosegruppen Katamnesen geplant. Hier wird ueber die Nachuntersuchung bei anorektischen und zwangsneurotischen Patienten berichtet, die in der Zeit zwischen 1970 und 1976 am Institut stationaer behandelt wurden.

Die Voraussetzung fuer Katamnesen sind am MPI-P relativ gut. Es wurde am Institut ein Modell fuer die Datenverarbeitung in der Psychiatrischen Forschung entwickelt, das die Bezeichnung PSYCHIS Muenchen (Psychiatrisches Informationssystem, Muenchen) traegt (vgl. BARTHELMES & v. ZERSEN, 1978).

Die Daten, die in das System eingehen, werden am MPI-P seit mehreren Jahren dokumentationsgerecht erhoben. Auf die beiden Diagnosegruppen eingeschaenkt, sind dies vor allem:

3.1.1. Persoenliche und medizinische Stammdaten die einheitlich und vollstaendig vorliegen (vgl. Tabelle 3).

Alter, Geschlecht, Familienstand, Aufnahme-Datum,
Anzahl der Aufnahmen, Beruf, Schule, etc.

Therapie-Massnahme

Therapie-Erfolg

Weiterbehandlung

Sozial-Massnahmen

3 ICD-Diagnosen (mit Sicherheitsgrad)

Angaben ueber wichtige Nicht-Nervenaerztliche
Nebendiagnosen

Verbaler IQ

Tabelle 3: Persoenliche und medizinische Stammdaten

3.1.2. Aufnahme- und Entlassungsdaten,
die mittels klinischer Beurteilung durch den behandelnden
Therapeuten und Selbstbeurteilung durch den Patientn gewonnen
werden, einheitlich sind, aber nicht vollstaendig vorliegen
(vgl. Tabelle 4).

1) Klinische Beurteilung durch einen Arzt

Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale
(IMPS) von LORR et al. (1966)

2) Selbstbeurteilung durch den Patienten

a) Beschwerden-Liste (B-L, B-L', B-L'')

b) Paranoid-Depressivitäts-Skala

(PD-S, PD-S') (v. ZERSSEN unter Mitarbeit
von KOELLER, 1976)

Tab. 4: Klinische Aufnahme- und Entlassungsdaten
(Fragebogen)

3.1.3. Krankengeschichte

Neben einheitlicher Basisdokumentation und standardisierter Befunddokumentation liegen noch Krankengeschichten vor, die zwar nach einer gemeinsamen Gliederung, jedoch nicht einheitlich geschrieben sind. Die Gliederung umfasst u.a. familienanamnestische Daten, Daten zur inneren und äusseren Lebensgeschichte, frühere Erkrankungen, Daten zur jetzigen Erkrankung und den psychischen Befund.

3.2. Entwicklung der Datenerfassung

Für die Untersuchung war es erforderlich, ein Untersuchungsinstrumentarium zu erarbeiten. Die praktische Erprobung des Untersuchungsinstrumentariums an 2 Diagnosegruppen soll zeigen, dass retrospektiv einige katamnestische Fragestellungen effektiv, zeitlich und personell ökonomisch beantwortet werden können. Der retrospektive Ansatz der

Untersuchung wirft - im Gegensatz zu prospektiven Studien - bekannte methodische Schwierigkeiten auf. Dennoch versprechen die Auswertungen der Katamnese Informationen, die im Sinne eines "feedback" fuer gezielte Behandlungsverbesserungen eingesetzt werden koennen.

Die Vorteile eines Interviews gegenueber Fragebogen werden mit dem gravierenden Nachteil der erschwerten Auswertbarkeit erkaufte. Ein gut gefuehrtes Interview mag zwar dazu beitragen, dass der behandelnde Therapeut zu einem differenzierten Verstaendnis des Patienten gelangt; die Weitergabe des Wissens bzw. die systematische Auswertung oder Verallgemeinerung ist aber haeufig kaum moeglich. Es wurde daher der Versuch unternommen, in systematischer Weise das Wissen des Interviewers nach dem Interview abzufragen. Als methodische Hilfsmittel werden z.T. bekannte Beurteilungsskalen verwendet (vgl. WEISSMAN, 1975) oder aber neue konstruiert. Die Einordnung einzelner Patienten auf diesen Skalen erleichtert erheblich die Auswertung, z.B. Korrelation mit Fragebogenergebnissen (vgl. Kapitel 4.3.4 und 5.3.4).

Zur Ueberpruefung der Brauchbarkeit der Rating-Skalen wurde ein Teil der Interviews von 2 Untersuchern durchgefuehrt, wobei das Gespraech jeweils von einem Untersucher gefuehrt und vom 2. Untersucher mitgehoeert wurde. Nach Abschluss des Interviews beurteilten beide Untersucher unabhaengig voneinander den aktuellen Zustand des Patienten. Die Untersucheruebereinstimmung wurde statistisch ueberprueft (vgl. Kapitel 4.3.4.1. und 5.3.4.1.)

Neben Beurteilungsskalen werden Hilfsmittel fuer die Erfassung bzw. Wiedergabe komplexer Sachverhalten herangezogen, wie z.B. der Verlaufstyp der spezifischen Symptomatik (vgl. Kapitel 4.5 und 5.5). Zusaetzlich wird versucht, einige Themenbereiche im Interview direkt in kodierter Form zu erfassen (vgl. Kapitel 4.5.3 und 5.5.3.). Die Zusammenfassung der Information war nicht nur fuer das Interview erforderlich, sondern auch fuer die Eintragungen in die Krankengeschichten. Die Krankengeschichten enthalten detaillierte Informationen zur spezifischen Symptomatik. Das individuelle Erscheinungsbild eines jeden Patienten war bei Aufnahme erwartungsgemaess meistens unterschiedlich. Eine vergleichende Auswertung auf Einzelmerkmalsebene bot sich kaum an, weil die Anzahl derjenigen Patienten, die sich bezueglich ihrer Einzelsymptome aehnelten, zu gering war.

Fuer eine vergleichende Auswertung war es deshalb erforderlich, neben der Beurteilung der Einzelmerkmale (s. Anhang 7 und 8) eine globale Beurteilung der Intensitaet der Anorexia nervosa bzw. Zwangsneurose vorzunehmen. Die Einordnung der Intensitaet der spezifischen Symptome eines jeden Patienten auf dieser Skala ermoeoglicht einen Vergleich mit der Intensitaet der Anorexia nervosa bzw. Zwangsneurose bei Katamnese (vgl. Kapitel 4.4. und 5.4.).

3.3. Zusammensetzung der Stichproben

In der Untersuchung wurden alle Patienten einbestellt, die zum Zeitpunkt der Aufnahme ins MPI-P mit dem Sicherheitsgrad 4 (Wahrscheinlichkeitsgrad) oder 5 (Sicherheit) als Anorexia nervosa (ICD-WHO: 306.5) bzw. Zwangsneurose (ICD-WHO: 300.3)

diagnostiziert und zwischen 1970 und 1976 mindestens 8 Tage stationaer behandelt wurden. Die Katamnesen finden demnach zwischen 1-8 Jahre nach Entlassung statt. Ausgeschlossen wurden Patienten mit den Verdachtsdiagnosen Schizophrenie, anderen endogenen Erkrankungen oder organischen Psychosen.

Ferner wurden keine Patienten angeschrieben, die nicht mehr in Bayern wohnhaft sind.

Die Nachuntersuchung bei Anorexia nervosa (ICD 306.5) und Zwangsneurose (ICD 300.3) wurde aus verschiedenen, auch z.T. pragmatischen Gruenden vorgenommen:

Bei beiden Diagnosegruppen handelt es sich um reativ eindeutig umschriebene Syndrome, bei denen die diagnostischen Probleme nicht so gross wie bei den meisten anderen neurotischen Stoerungen sind. Sowohl bei der Anorexia nervosa als auch bei der Zwangsneurose liegen aufgrund durchgefuehrter prospektiver Therapiestudien genuegend grosse Fallzahlen vor. Beide Diagnosegruppen wurden in der in Frage kommenden Zeit vorwiegend mit jeweils untereinander aehnlichen, auf der Lerntheorie basierenden Techniken mit z.T. zusaetzlicher somatischer Behandlung therapiert. Wenige zwangsneurotische Patienten aus der Forschungsstelle fuer Psychopathologie wurden ausschliesslich psychoanalytisch behandelt.

Es muss jedoch beruecksichtigt werden, dass die Angaben zur Therapie nicht ausreichen, um einzelne Behandlungskomponenten beschreiben zu koennen. Die Angaben zum unmittelbaren Therapieerfolg sind globale Klassifizierungen im Sinne allgemeiner Verbesserung bzw. Verschlechterung.

Problemorientierte Angaben, wie z.B. Beurteilung von Einzelsymptomen, liegen nicht vor. Eine Therapiebewertung fuer den langfristigen Verlauf ist nicht geplant.

3.3.1. Aufschluesselung der Untersuchungspopulation

Angeschrieben wurden 60 (=100%) anorektischer und 99 (=100%) zwangsneurotische Patienten. Informationen liegen von 55 (92%) anorektischen und 99 (89%) zwangsneurotischen Patienten vor. Die genaue Aufschluesselung der anorektischen bzw. zwangsneurotischen Untersuchungspopulation erfolgt an spaeterer Stelle (Anorexia nervosa vgl. Kapitel 4.1. und Zwangsneurose, vgl. Kapitel 5.1.). Die Katamnesedauer betrug bei der Anorexia nervosa mindestens 1 Jahr, maximal 8 Jahre ($\bar{X} = 45.051 \pm 17.963$ Monate). Zwangsneurotische Patienten wurden durchschnittlich nach ca. 4 1/2 Jahren nachuntersucht ($\bar{X} = 55.016 \pm 22.769$ Monate).

3.4. Durchfuehrung der Untersuchung

Ein Patient wurde angeschrieben und gebeten, zu einem vorgegebenen Termin zu einem Gespraech ins MPI-P zu kommen.

Die Untersuchung begann damit, dem Patienten zunaechst kurz die Ziele der Untersuchung zu erlaeuern. Der Patient wurde dann gebeten, eine Reihe von Frageboegen auszufuellen. Fuer die gesamte Untersuchung (Frageboegen und Interview) wurden drei Stunden angesetzt, wobei zum Ausfuellen der Frageboegen eine Maximalzeit von 1 1/2 Stunden vorgesehen war. Die Boegen, die in dieser Zeit nicht ausgefuehrt wurden, entfielen fuer die Auswertung. Der Untersucher blieb in der Zeit, waehrend der Patient die Frageboegen ausfuehrt, im Untersuchungszimmer, um auf moegliche Fragen kurz eingehen zu koennen. Im

anschliessenden Interview wurde der Patient eingehend befragt, wie es ihm augenblicklich geht und wie es ihm zwischen Entlassung und Katamnese ergangen ist. Der Untersucher diskutiert mit dem Patienten gemeinsam, ob fuer bestehende Probleme eine therapeutische Hilfe erforderlich ist oder ob der Patient die Probleme ohne fremde Hilfe angehen koennte. nach einer Erfrischungspause wurde anhand eines erstellten "life-event-Bogens" (WERNER-EILERT, unveroeffentlicht) systematisch abgefragt, was sich zwischen Entlassung und Katamnese wichtiges ereignet hat. Die Befragung der "Life-events" dauerte durchschnittlich zwei Stunden. Patienten, die nicht genuegend Zeit hatten, wurden gebeten, zur Befragung der "Life-events" ein zweites Mal ins Institut zu kommen.

3.5. Schematische Darstellung erhobener Daten und Auswertungsschritte

Daten, Zielvariablen und Untersuchungsinstrumente zur Beurteilung des Zustandes bei Katamnese, des Verlaufs seit Entlassung und der Veraenderungen zwischen dem damaligen stationaeren Aufenthalt im MPI-P und Katamnese, lassen sich folgendermassen schematisch darstellen (Tabelle 5).

Informationen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung. (stationärer Aufenthalt im MPI-P)					Informationen zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung (Kataamnes)	
Chronologie der infragekommenden Zeitintervalle/ Zeitpunkte	VERLAUF vor Aufnahme ins MPI-P	ZEITPUNKT der stationären Auf- nahme ins MPI-P	THERAPIEVERLAUF während des stat. Aufenthaltes im MPI-P	ZEITPUNKT der Entlassung	VERLAUF nach Entlassung aus dem MPI-P	ZEITPUNKT der kataamnestischen Untersuchung
Formale Informa- tionsquellen/ Untersuchungs- instrumente	I. Standardisierte Testdaten II. Informationen, die in der Kranken- geschichte dokumentiert sind.				I. Standardisierte Testdaten II. Strukturiertes Interview	
Informations- inhalte	Psychische Symptome Inanspruch- nahme thera- peutischer Dienste.	I. 1) Die Beschwer- den-Liste (B-L / B-L') 2) Die Paranoid- Skala (P-S / P-S') 3) Die Depressivi- täts-Skala (D-S / D-S') 4) IMPS, Multi- dimensionale Beurteilungss- kala f. Klinik- patienten. II. 1) Allgemeine bio- graphische Da- ten des Patien- ten. 2) Familienanamne- stische Daten 3) Allgemeine Infor- mationen zur stationären Therapie 4) Symptombogen a) Anorexia nervosa b) Zwangsneu- rose	Dokumentation der stationären Behandlung	I. 1) Die Beschwer- den-Liste (B-L / B-L') 2) Die Paranoid- Skala (P-S / P-S') 3) Die Depressivi- täts-Skala (D-S / D-S') 4) IMPS, Multi- dimensionale Beurteilungss- kala f. Klinik- patienten. II. 1) Symptombogen a) Anorexia nervosa b) Zwangsneu- rose 2) Zustand bei Entlassung	Symptomver- lauf Psychische Symptome Inanspruch- nahme thera- peutischer Dienste	I. 1) Die Beschwerden- Liste (B-L / B-L') 2) Die Paranoid-Skala (P-S / P-S') 3) Die Depressivitäts- Skala (D-S / D-S') 4) IMPS, Multidimensio- nale Beurteilungss- kala für Klinik- patienten 5) Globale Assessment- Skala 6) FFL, Fragebogen zur Erfassung der Lebens- beeinträchtigung. 7) Zusammenfassende Be- urteilung des aktu- ellen Zustands durch den Patienten 8) Rückblickende Therapiebewertung II. 1) Diagnosespezifische Symptomatik 2) Diagnose unspezifische Symptome 3) Alkohol-/Tabletten- abusus 4) Suizidgedanken/ Suizidversuch 5) Beeinträchtigung des Patienten durch alle psychischen Symptome 6) Leistungsfähigkeit d. Patienten in Schu- le/Beruf/Haushalt 7) Selbstversorgung 8) Freizeitgestaltung 9) Streit/Auseinander- setzung mit Personen außerhalb d. Familie 10) Streit/Auseinander- setzung mit Personen d. engeren Familie 11) Soziale Isolation 12) Beurteilte Therapie- bedürftigkeit

Tab. 5: Chronologie der infragekommenden Zeitintervalle/Zeitpunkte. Formale Informationsquellen/
Untersuchungsinstrumente und Informationsinhalte.

Auf Basis der schematischen Darstellung erhobene Daten werden die Informationen, nach inhaltlichen Gesichtspunkten wie folgend beschrieben.

3.5.1. Informationen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (stationärer Aufenthalt im MPI-P)

Die Informationen, die bereits vor der Katamnese vorlagen, lassen sich in zwei Bereiche aufteilen:

- 1) Standardisierte Testdaten (Fragebogen)
- 2) Informationen, die in der Krankengeschichte dokumentiert werden.

Es werden zunächst die standardisierten Fragebogen beschrieben und anschliessend wird die Auswertung der Krankengeschichte dargestellt.

3.5.1.1. Standardisierte Testdaten

Aus der Vielzahl der am MPI-P systematisch gegebenen standardisierten Fragebogen wurden aufgrund von inhaltlichen und formalen Kriterien folgende Fragebogen ausgewählt:

Standardisierte Testdaten

- 1) Die Beschwerden-Liste (B-L/B-L' und B-L^o)
- 2) Die Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S/PD-S')
- 3) Multidimensionale psychiatrische Beurteilungsskala für Klinikpatienten (IMPS)

Tab. 6: Standardisierte Fragebogen, die während des Klinikaufenthaltes systematisch erhoben wurden.

Die Beschwerden-Liste (B-L, B-L', B-L^o) spiegelt in ihrer

Gesamtheit "die Beschwerden subjektiver Beeinträchtigung durch ueberwiegend koerperliche- und Allgemeinbeschwerden wider, ohne dadurch Aufschluss ueber die einer solchen Beeinträchtigung zugrundeliegenden (koerperlichen und/oder seelischen) Faktoren zu geben" (v. ZERSSEN, 1976). Der Fragebogen liegt in zwei Parallelförmen vor.

Der Autor der klinischen Selbstbeurteilungs-Skalen (v. ZERSSEN, 1976) empfiehlt an die Normabweichungen der Beschwerdenscores fuer beide Geschlechter den gleichen Massstab (aus der Gesamteichstichprobe) anzulegen und den Bereich "fraglich abnormer" Testscores auf Rohwerte von 22 bis 27 festzulegen und die darueberliegenden Werte als "sicher abnorm" zu werten. Eine verbindliche Grenzziehung ist allerdings in Anbetracht der fliessenden Uebergänge zwischen "Normalitaet" und "Abnormitaet" und der Verzerrung tatsaechlicher Beeinträchtigung durch den "Messfehler" der Testung nicht moeglich, wobei "sicher" natuerlich nur einen starken Grad von Wahrscheinlichkeit ausdrueckt (vgl. v. ZERSSEN, 1976, S. 9).

Die Paranoid-Depressivitaets-Skala (PD-S, PD-S') erfasst "im wesentlichen als psychisch erlebte Störungen, wie sie vornehmlich (aber nicht ausschliesslich) bei psychischiatrischen Faellen zu eruieren sind" (v. ZERSSEN, 1976). "Diese Skala setzt sich im engeren Sinne aus 2 klinischen Skalen zusammen: die eine (P-S/P-S' mit je 16 Items) dient der Objektivierung paranoider Tendenzen, von einer Misstrauenshaltung und Realitaetsfremdheit bis zu ausgepraegter Wahnhaftigkeit - kurzum zur Erfassung von Störungen, die sich vorwiegend auf kognitiver Ebene aeussern und bis in den Bereich des eindeutig Psychotischen

reichen; die andere Skala (D-S/D-S' mit ebenfalls je 16 Items) hat dagegen emotionale Störungen vom Typ ängstlich-depressiver Verstimmtheit zum Gegenstand, wie sie in starker Ausprägung zwar auch bei (insbesondere endogen-depressiven) Psychosen vorkommen, aber insgesamt am häufigsten Ausdruck einer neurotischen Fehlanpassung sind" (v. ZERSSEN, 1976). Beide Skalen liegen in zwei Parallelförmigkeiten vor.

Die Grenzziehung "Abnormalität" und "Normalität" der Paranoide Skala wird für beide Geschlechter zusammen betrachtet mit 4 Rohpunkten angegeben. Der cut-off-score der Depressivitätsskala wird für beide Geschlechter zwischen 9-11 Rohwerten angegeben (vgl. v. ZERSSEN, 1976, S.9).

Bei der Multidimensionalen psychiatrischen Beurteilungsskala für Klinikpatienten (IMPS) handelt es sich um eine standardisierte Fremdbeurteilungsskala von LORR et al., (1966). Der Patient wird vom Untersucher aufgrund eines Interviews beurteilt. Der Patient wird bei der Einschätzung mit normalen Personen verglichen und es wird das dokumentiert, was am typischsten oder charakteristischsten ist. Es wird jede Frage unabhängig von den anderen Fragen berücksichtigt, jede dynamische Interpretation vermieden und jede Reaktion des Patienten während des Interviews in die Beurteilung mit einbezogen. Die IMPS-Faktoren entsprechen folgenden klinischen Syndromen: (Deutsche Benennung der IMPS Syndrome in Anlehnung an MOMBOUR (1974)).

Faktor	Korrespondierendes klinisches Klinisches Syndrom
Excitement (EXC)	Euphorischer Erregungszustand
Hostile Belligerence (HOS)	Dysphorischer Erregungszustand
Conceptual disorganization (CNP)	Formale Denkstoerung
Motor disturbances (MTR)	Katatones Syndrom
Grandiose expansiveness (GRN)	Megalomanes Syndrom
Paranoid projection (PAR)	Paranoides Syndrom
Perceptual distortions (PCP)	Halluzinatorisches Syndrom
Anxious depression (ANX)	Depressives Syndrom
Retardation and apathy (RTD)	Apathisches Syndrom
Impaired functioning (IMP)	Erschoepfungszustand
Obsessional phobic (OBS)	Phobisch-Anankastische Symptomatik
Disorientation (DIS)	Orientierungsstoerung

Tab. 7: IMPS-Faktoren und ihre korrespondierenden klinischen Syndrome

Die standardisierten Frageboegen decken einen wichtigen Bereich der Dokumentation des klinischen Befundes des stationaer behandelten Patienten ab. Die Dokumentation ist allerdings von der Genese der Stoerung und von der spezifischen Symptomatik unabhaengig. Die standardisierten Testdaten beziehen sich auf allgemeine klinisch relevante Merkmale, jedoch nicht auf die spezifische Symptomatik des Patienten. Symptomspezifischere Informationen finden sich in der Krankengeschichte des Patienten.

3.5.1.2. Auswertung der Krankengeschichten

Die Krankengeschichten enthalten zwar viele detaillierte

Informationen, doch sind die Eintragungen erwartungsgemaess nicht einheitlich. Fuer eine vergleichende Auswertung war es daher erforderlich, die Daten nach inhaltlichen Gesichtspunkten zu ordnen und die Erfassung der Daten zu standardisieren. Nach eingehender Analyse vieler Krankengeschichten wurden 7 Datenklassen unterschieden, welche in die Auswertung einbezogen wurden.

Krankengeschichte
1) Allgemeine biographische Daten des Patienten
2) Familienanamnestische Daten
3) Psychische Symptome in der Vorgeschichte des Patienten
4) Therapien vor stationaerer Behandlung im MPI-P
5) Allgemeine Information zur stationaeren Therapie im MPI-P
6) Dokumentation der stationaeren Behandlung im MPI-P
7) Symptombogen: Anorexia nervosa/Zwangeneurose

Tab. 8: Information aus der Krankengeschichte des Patienten

Fuer die Daten der jeweiligen Klassen wurden Auswertungsschemata entwickelt, die im folgenden kurz beschrieben werden:

1) Allgemeine biographische Daten des Patienten

Im 1. Auswertungsschema werden allgemeine biographische Merkmale des Patienten, die sich im Laufe der Zeit veraendern koennen, erfasst. (Anhang 1). U.a. wurde der Intelligenzquotient vermerkt, der zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Institut durch die Papier- und Bleistiftform des Untertests "Allgemeines Wissen" (AW) aus dem Hamburger-Wechsler- Intelligenztest fuer Erwachsene (HAWIE, WECHSLER, 1964) ermittelt wurde.

2) Familienanamnestische Daten

Anhand des 2. Auswertungsschemas werden primaer familienanamnestische Daten aus der Krankengeschichte in standardisierter Form erfasst (Anhang 2).

3) Psychische Symptome in der Vorgeschichte des Patienten

Das 3. Auswertungsschema besteht aus einer Liste psychischer Symptome. Psychische Beschwerden aus der Vorgeschichte des Patienten, die in der Krankengeschichte deutlich beschrieben sind, werden anhang dieses Auswertungsschemas erfasst (Anhang 3).

4) Therapien vor stationaerer Behandlung im MPI-P

Anhand des 4. Auswertungsschemas werden Behandlungszeiten, -anlass und Behandlungsart vor Aufnahme zur stationaeren Therapie im MPI-P erfasst (Anhang 4).

5) Allgemeine Informationen zur stationaeren Behandlung im MPI-P

Das 5. Auswertungsschema wurde konstruiert, um allgemeine Informationen ueber den stationaeren Aufenthalt des Patienten im MPI-P in standardisierter Form festzuhalten (Anhang 5).

6) Dokumentation der stationaeren Behandlung im MPI-P

Bei der Konstruktion des Erhebungsbogens wurde versucht, die Therapie waehrend des stationaeren Aufenthalts im MPI-P zu dokumentieren (Anhang 6).

7) Symptombogen Anorexia nervosa/Zwangsneurose

Diese Erhebungsboegen wurden fuer die jeweiligen Diagnosegruppen konstruiert. Bei ihrer Konstruktion wurden Daten beruecksichtigt und in dem Bogen mit aufgenommen, die in der Literatur fuer die Symptomatik diagnostisch und prognostisch als wichtig angesehen wurden. Die Informationen aus der Krankengeschichte werden jeweils den beiden Zeitpunkten Aufnahme und Entlassung zugeordnet (Anhang 7 und Anhang 8).

Bevor der Patient zur Nachuntersuchung kommt, wird anhand der Auswertungsschemata die Krankengeschichte ausgewertet und als Basis fuer das Untersuchungsinterview herangezogen.

3.5.2. Informationen zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung (Katamnese)

Bei dieser Nachuntersuchung wurde in einem persoenlichen Interview und mit standardisierten Frageboegen der psychische Zustand und die soziale Integration jedes Patienten beurteilt und der Verlauf zwischen Entlassung und Katamnese unter bestimmten Gesichtspunkten retrospektiv erfasst.

Die Vorteile eines Interviews gegenueber Frageboegen sind erheblich. ein gut gefuehrtes Interview gibt die Moeglichkeit, die Psychopathologie und soziale Adaptation des Patienten breit und individuell zu erfassen. Die meisten vorhandenen katamnestischen Untersuchungen basieren auf solchen

unstandardisierten Interviews. Hingegen wurde die standardisierte Erfassung der Störung und sozialen Integration meist nicht geleistet, so dass Vergleiche der jeweiligen Ergebnisse mit anderen Untersuchungen extrem erschwert sind. Ein wichtiges Anliegen dieser Arbeit ist der Versuch, unter Verwendung standardisierter Untersuchungsinstrumente - z.T. bekannte Beurteilungsskalen oder neue Skalen, die eigens zu diesem Zweck konstruiert wurden - den Zustand zum Untersuchungszeitpunkt zu beschreiben.

Beurteilungsskalen bieten u.E. eine wertvolle Möglichkeit, den Informationsverlust bei der Verarbeitung von Interviews zu reduzieren. Ferner ist mit einer höheren Reliabilität der Daten zu rechnen. Derart standardisierte Informationen erlauben ausserdem den Vergleich zu Fragebögen zur Selbstbeurteilung. Interviews erfordern einen hohen personellen, zeitlichen und finanziellen Aufwand. Ein Faktor, der die Durchführung systematisch angelegter Katamnesen belastet oder verhindert. Fragebögen zur Selbstbeurteilung sind weitaus weniger aufwendig aber in ihrem Aussagewert umstritten. In dieser Arbeit wurden Fremd- und Selbstbeurteilung in analogen Bereichen - psychischer Zustand und soziale Integrationsfähigkeit - gegenübergestellt. Eine Vergleichbarkeit in der Standardisierung der Informationen wurde besonders beachtet.

Wir gehen davon aus, dass sich, bei diesem Vergleich die Selbstbeurteilung - bei entsprechender Standardisierung - als ein grobes aber dennoch taugliches Instrument erweist, mit dem elementare katamnestische Anliegen durchaus erfüllt werden können, insbesondere die Feststellung erneuter

Therapiebeduerftigkeit. Es wird zunaechst das Interview zur Katamnese und die retrospektive Verlaufsbeschreibung aufgezeigt und anschliessend werden die verwendeten Frageboegen vorgestellt.

3.5.2.1. Interview zur Beurteilung des aktuellen Zustands

Das Ziel des Interviews war, moeglichst gut beurteilen zu koennen, wie der Patient z.Zt. zurechtkommt, ob er behandlungsbeduerftig ist oder keine Hilfe mehr benoetigt.

Zur Beurteilung des aktuellen Zustandes des Patienten wurden im ersten Teil des Interviews folgende Bereiche angesprochen:

Interview Patient - Aktueller Zustand

- 1) Spezifische Symptomatik
- 2) Zusätzliche Symptome
- 3) Alkoholabusus
- 4) Tablettenabusus
- 5) Suizidgedanken
- 6) Suizidversuch
- 7) Beeinträchtigung des Patienten durch
alle Symptome
- 8) Leistungsfähigkeit des Patienten in Schule/
Beruf/Haushalt
- 9) Selbstversorgung
- 10) Freizeitgestaltung
- 11) Streit/Auseinandersetzung mit Personen
außerhalb der Familie
- 12) Streit/Auseinandersetzung mit Personen
der engeren Familie
- 13) Soziale Isolation
- 14) Belastung der Umwelt durch die Symptome
des Patienten

Tab. 9: Relevante Bereiche, die im Laufe des Interviews mit dem Patienten angesprochen werden

- 1) Was ist aus der spezifischen Symptomatik geworden, die damals im MPI-P stationär behandelt wurde? Liegen die gleichen oder andere Symptome vor? Wie intensiv stellt sich die Symptomatik dar?
- 2) Zeigen sich neben der Hauptsymptomatik psychische Symptome, die für diagnostische und prognostische Interpretationen von

Bedeutung sein koennen?

- 3) Weiterhin ist es wichtig, abzuklaeren, ob Alkohol und/oder
- 4) Tablettenabusus vorliegt, ob der Patient
- 5) in der letzten Zeit Suizidgedanken hatte oder
- 6) einen Suizidversuch unternommen hat.
- 7) Im Zusammenhang mit der Intensitaet einer Stoerung ist die Konsequenz einer Stoerung fuer das alltaegliche Leben zu betrachten.
- 8) Ist der Patient in der Lage, den Anforderungen an seinem Arbeitsplatz bzw. im Haushalt oder in der Schule nachzukommen?
- 9) Ist er auf die Hilfe anderer angewiesen, um existieren zu koennen?
- 10) Was macht der Patient mit seiner freien Zeit? Belasten ihn seine Beschwerden derart, dass er auf alle Freizeitaktivitaeten verzichten muss?
- 11) Wie gut kommt der Patient mit Menschen zurecht, mit denen er arbeiten muss, mit denen er ausserhalb seiner Familie zusammenkommt? Gibt es Streit? Spielt seine Symptomatik dabei eine wesentliche Rolle?
- 12) Wie gut kommt der Patient mit seiner engeren Familie aus? Kommt es wegen seiner Schwierigkeiten zu starken Auseinandersetzungen?
- 13) Hat der Patient einen Partner, dem er seine Sorgen erzaehlen kann? Hat der Patient einen Bekanntenkreis?
- 14) Muessen andere Menschen auf Dinge verzichten, weil sie sich um den Patienten kuemmern muessen?

Alle diese Bereiche werden waehrend des Interviews systematisch angesprochen. Als Gedaechnisstuetze wurde ein Interviewleitfaden erstellt, in dem diese Bereiche aufgefuehrt

sind. Nach Abschluss des Interviews wurden die Informationen standardisiert zusammengefasst (Anhang 9).

3.5.2.2. Verlaufsinformationen (retrospektive Erfassung)

Die Beurteilung des aktuellenn Zustands muss im Zusammenhang mit der Entwicklung der Symptomatik gesehen werden.

Der zweite Teil des Interviews bezog sich daher auf den Verlauf zwischen Entlassung und Katamnese. Die Tabelle 10 gibt eine Zusammenstellung der angesprochenen Fragenkomplexe:

Interview Patient - Aktueller Zustand Verlauf
1) Symptomverlauf seit Entlassung 2) Psychische Symptome in der Zeit zwischen Entlassung und Katamnese 3) Therapien nach Entlassung aus stationaerer Therapie im MPI-P 4) Life-events nach Entlassung aus stationaerer Therapie im MPI-P (Werner-Eilert, Dissertation 1.Vorber.)

Tab. 10: Fragenkomplexe zum Verlauf zwischen Entlassung aus stationaerer Therapie im MPI-P und Katamnese

- 1) Ging es dem Patienten zwischen Entlassung und Katamnese immer gleich gut bzw. gleich schlecht oder wechselte der Zustand haeufig?
- 2) Sind nach Entlassung aus stationaerer Therapie noch andere psychische Beschwerden aufgetreten, die fuer die Hauptsymptomatik nicht typisch sind oder nicht im Mittelpunkt der

Behandlung standen?

3) War der Patient nach Entlassung aus stationärer Therapie im MPI-P erneut in Behandlung? Wenn ja, warum, bei wem und wie lange?

4) Was hat sich beim Patienten in der Zeit zwischen Entlassung aus stationärer Therapie im MPI-I und Katamnese Wichtiges ereignet?

Waren es vorwiegend positive oder negative Ereignisse
(WERNER-EILERT: Life-event-Bogen, Dissert. in Vorber.)

Auch die Fragen zum Verlauf wurden in den Leitfaden mit aufgenommen

(Anhang 9, 10 und 11).

3.5.2.3. Fragebogen

Neben den Interviewdaten wurden Informationen ueber den Patienten durch Fragebogen zur Selbstbeurteilung gewonnen:

Standardisierte Frageboegen

- 1) Die Beschwerden-Liste (B-L/B-L' und B-L°)
- 2) Die Paranoid-Depressivitaets-Skala
(PD-S/PD/S')

Zur Katamnese neuentwickelter Frageboegen

- 1) Allgemeine biographische Daten. Daten zu
allgemeinen Gesundheitsfragen
- 2) Fragebogen zur Erfassung der Lebens-
beeintraechtigung (FEL)
- 3) Zusammenfassende Beurteilung des aktuellen
Zustands durch den Patienten
- 4) Rueckblickende Therapiebewertung

Tab. 11: Frageboegen zur Selbstbeurteilung, die vom Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese ausgefuellt wurden.

Es wurden die standardisierten klinischen Selbstbeurteilungs-Skalen vorgelegt, die bereits zum Zeitpunkt der stationaeren Behandlung erhoben worden waren und in der Datenbank gespeichert und abrufbereit vorliegen (s. S. 79ff).

Neben diesen standardisierten Frageboegen wurden fuer die Nachuntersuchung neue Frageboegen konstruiert:

- 1) Allgemeine biographische Daten Daten zu allgemeinen Gesundheitsfragen

Bei der Konstruktion dieses Bogens wurde versucht, die biographischen Daten zu erfassen, die sich seit Entlassung aus stationaerer Therapie im MPI-P veraendert haben koennten. Zusaetzlich wurde eine Anzahl von Daten zu allgemeinen

Gesundheitsfragen mit aufgenommen. Dabei handelt es sich um Angaben zum Trinkverhalten und Tablettenkonsum (s. Anhang 12).

2) Fragebogen zur Erfassung der Lebensbeeintraechtigung (FEL)

Dieser Fragebogen wurde am MPI-P entwickelt (FRITZ, unveroeffentlicht) und soll erfassen, inwieweit ein Patient durch seine Symptome im taeglichen Leben behindert wird. Dabei wird nicht nach den Symptomen selbst, sondern nach den K o n s e q u e n z e n der Symptome gefragt. Folgende Bereiche wurden erfaest:

- a) Arbeit/Haushalt/Schule
- b) Faehigkeit, sich selbst zu versorgen, und
Mobilitaet
- c) soziale Kontakte
- d) subjektive Belastung durch Probleme bezueglich der
Zukunft und des aktuellen Zustands.

3) Zusammenfassende Beurteilung des aktuellen Zustands durch den Patienten

Anhand dieses Fragebogens beurteilt der Patient seinen aktuellen psychischen Zustand und seine Therapiebeduerftigkeit. Bei der Entwicklung dieses Fragebogens wurde versucht, moeglichst analog zum Interview zu fragen. Der generelle Vorteil eines Interviews ist die Moeglichkeit verzweigter Fragen, was allgemein im Fragebogen nur sehr schwer nachgebildet werden kann. In diesem Fragebogen wurde deshalb neben vorgegebenen Antwortalternativen die Moeglichkeit gegeben, auf offene Fragen individuell zu antworten (s. Anhang 13).

4) Rueckblickende Therapiebewertung

Der retrospektive Ansatz der vorliegenden Arbeit verhindert den Nachweis eines messbaren moeglichen Effekts der therapeutischen Intervention im MPI-P. Eine Therapiebewertung muss aber fuer jede Institution von zentralem Interesse sein, um Anhaltspunkte fuer eine moegliche Verbesserung des therapeutischen Prozesses zu gewinnen.

Eine objektive Therapiebewertung konnte nicht vorgenommen werden, wohl aber eine subjektive Beurteilung durch den Patienten. Der Fragebogen zur rueckblickenden Therapiebewertung wurde konstruiert, um Hinweise zu erhalten, wie der Patient ueber bestimmte Behandlungsaspekte denkt, ob und in welchem Zusammenhang diese Beurteilungen mit dem psychischen Zustand bei Katamnese stehen und welchen Effekt der ehemalige Patient selbst der Behandlung zuschreibt.

Der Fragebogen besteht aus einer Vielzahl von Feststellungen (s. Anhang 14). 42 Items sind alternativ mit "ja" bzw. "nein" zu beantworten. Bei einem Item wird eine Skalierung vorgegeben. Letztlich konnte der Patient 4 Fragen frei beantworten.

Die Itemauswahl orientierte sich an den Arbeiten von HENRICH, de JONG & MAI (1979), die ihrerseits Arbeiten von MOOS (1974) ihren Studien zugrunde legten. Weitere Items wurden nach Diskussionen mit erfahrenen Therapeuten formuliert. Bei der Konstruktion wurde versucht, verschiedene Aspekte des Therapieprozesses zu erfassen, die im folgenden anhand von einigen Beispielen beschrieben werden.

1. Therapiekonzeption und Therapieziele

- Praktische Orientierung der Therapie (Item Nr. 18)
- Selbstständigkeit, aktive Einbeziehung des Patienten (Item Nr. 9)
- Bandbreite des Therapieprogramms (Item Nr. 9)
- Zukunftsorientierung der Therapie (Item Nr. 36)

2. Funktionsabläufe

- Grundsätzliche Einführung zu Beginn der Therapie (Item Nr. 2)
- Kontrolle und Rückmeldung durch Mitarbeiter (Item Nr. 26)

3. Soziale Beziehungen im Zusammenhang

mit der Therapie

- Beziehung zwischen Mitarbeitern und Patienten (Item Nr. 32)
- Einigkeit der Mitarbeiter untereinander (Item Nr. 34)
- Motivation des Patienten (Item Nr. 6)
- Reaktion der Umwelt (Item Nr. 22)

Neben den vorgegebenen Antwortalternativen wird der Patient gebeten, 4 Fragen individuell zu beantworten:

1. Auf welchen Gebieten er am meisten von der Therapie profitiert hat.
2. Worin seine Hauptkritik an der Behandlung besteht.
3. Was ihm am meisten geholfen hat.
4. Welche Verbesserungsvorschläge er zur Therapie vorbringt.

3.6. Statistische Verfahren

Neben reiner Deskription (Häufigkeit, Kreuztabellen etc.) steht auch die Frage nach der Generalisierbarkeit zur Diskussion. Bei der Auswahl von inferenzstatistischen Verfahren, ist jeweils das Skalenniveau der betreffenden Variablen zu berücksichtigen. Bei der Frage nach Zusammenhängen zwischen Variablen wie etwa Geschlecht (Nominalskala), sozialer Schicht (Ordinalskala) und IQ (Intervallskala) einerseits und andererseits unterschiedlichen Veränderungscores wie z.B. geheilt: ja/nein (Nominalskala) Besserungs-Rating (Ordinalskala) oder standardisierten Frageboeten (Intervallskala) müssen natürlich unterschiedliche Testverfahren angewendet werden. Nach allgemeinem Gebrauch werden in dieser Arbeit folgende Methoden angewendet:

	Nominal	Ordinal wenige Kateg.	Ordinal viele Kateg.	Intervall
Nominal	chi ² Exakter Fishertest			
Ordinal wenige Kateg.	chi ² Exakter Fishertest	chi ² Exakter Fishertest/ Spearman Rangcorr.		
Ordinal viele Kateg.	Mann Whitney U-Test Vorzeichen- test	Spearman Rangcorr.	Spearman Rangcorr.	
Inter- vall	Varianz- analyse	Spearman Rangcorr.	Spearman Rangcorr.	Pearson- Korr.

Tab. 12: Statistische Verfahren

Aus der Kategorie "Ordinalskalenniveau mit vielen Kategorien" wurde in einigen Faellen durch Klassifikationen die Kategorie "Ordinalskalenniveau mit wenigen Kategorien" gebildet, d.h. anstatt des Mann-Whitney U-Tests wurde in den Faellen der Chiquadrat angewendet.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich eher um eine Erkundungsstudie, d.h. es wurden weniger Hypothesen geprueft als Hypothesen generiert. Daher sind die Signifikanztests nicht im klassischen testtheoretischen Sinn zu interpretieren, sondern als Hinweise auf besonders auffaellige Ergebnisse.

Bei Fragen nach Zusammenhaengen zwischen Variablen haben wir uns daher beschraenkt, nicht mehr als 2 Variablen gleichzeitig zu ueberpruefen.

Fuer den neukonstruierten Fragebogen zur subjektiven rueckblickenden Therapiebewertung wurde eine Standard-Itemanalyse einschliesslich einer Faktorenanalyse durchgefuehrt.

4. Darstellung der Untersuchungsergebnisse bei Anorexia nervosa.

4.1. Allgemeine Beschreibung der Untersuchungsstichprobe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (Aufnahme ins MPI-P).

Bei der Beschreibung und folgenden Ergebnisdarstellung der Untersuchungsstichprobe werden nur die Patienten beruecksichtigt, die persoenlich zum Interview kamen.

4.1.1. Aufschluesselung der Untersuchungspopulation

Unter Beruecksichtigung der Auswahlkriterien (vgl. S. 74/75) ergab sich eine Stichprobe von $N = 60$, die angeschrieben wurde. Es konnten nicht alle angeschriebenen Patienten nach durchschnittlich $3 \frac{3}{4}$ Jahren nachuntersucht werden (vgl. Tabelle 13 und Abbildung 3).

1) In den folgenden Tabellen sind die Prozentangaben auf volle Zahlen auf- bzw. abgerundet, so dass sich durch Rundungsfehler Summen von mehr bzw. weniger als 100% ergeben koennen.

	Anorexia nervosa
Zur Nachuntersuchung wurden einbestellt	60 (100%)
nachuntersucht	49 (82%)
41 (68%) persönl. Interviews	
8 (13%) telefon. Interviews	
verstorben	6 (10%)
unauffindbar	5 (8%)

Tab. 13: Aufschlüsselung der Untersuchungspopulation

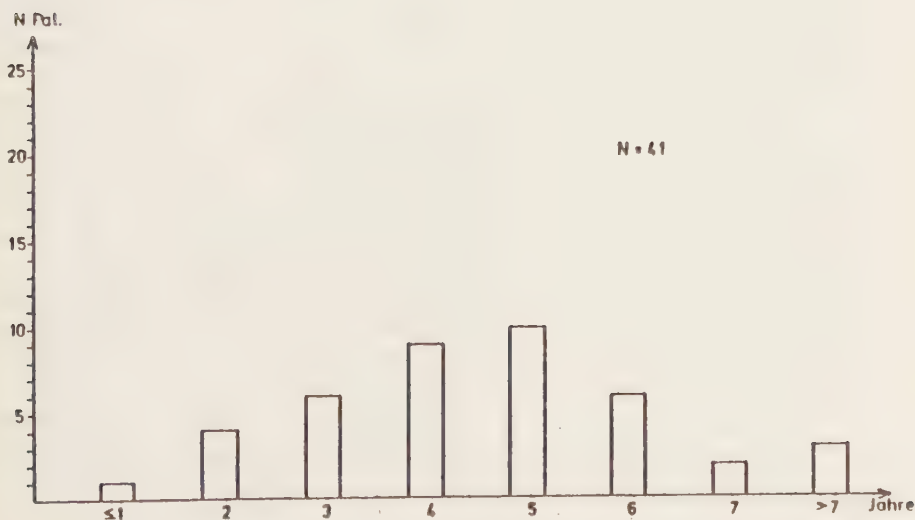


Abb. 3: Kataamnesedauer

Die Nachuntersuchung erfolgte durchschnittlich nach $3 \frac{3}{4}$ Jahren (47.1 Monate $\pm$ 2.9 Monate, Minimum 10 Monate, Maximum 88 Monate, vgl. Abbildung 3). 6 (10%) Patienten sind nach Entlassung verstorben.

Bei zwei Patientinnen wurde von den Eltern "Tod im Zusammenhang mit der Magersucht" angegeben. In drei Faellen ist die Todesursache unklar. In einem Fall bestand neben der Magersucht noch Drogenabhaengigkeit, die nach Angaben von Verwandten die Todesursache war. Von 8 (13%) Patienten liegen nur telefonische Auskuenfte vor. Von diesen 8 Patienten sind inzwischen 3 verheiratet, davon haben zwei ein Kind und sind nach persoenlichen Aussagen symptomfrei, arbeitsfaehig aber nicht mehr bereit ueber ihre vergangene Krankheit zu sprechen. 2 weitere Patientinnen sind nach Auskunft der Eltern symptomfrei, arbeitsfaehig, unverheiratet. 1 Patientin hat noch leichte Symptome (nach Auskunft der Mutter). 2 Patientinnen sind nach persoenlichen Angaben noch stark anorektisch. 5 (8%) Patienten sind unauffindbar, wobei von 3 Patientinnen die richtige Adresse nicht zu ermitteln war. 2 Patienten hatten kein Telefon und reagierten auch nicht auf einen dritten Nachfassbrief. 41 (68%) Patienten, 37 weibliche und 2 maennliche, kamen zur Nachuntersuchung, wobei viele erst durch lange Telefongespraechе oder mehrfache schriftliche Einladung motiviert werden konnten. Nach Abschluss der Gesamtauswertung erfuhren wir vom Selbstmord einer anorektischen Patientin, die bei der Nachuntersuchung nur leicht ausgepraegte anorektische Symptome gezeigt hat.

4.1.2. Biosoziale Beschreibungsmerkmale

Eine Auswahl relevanter biosozialer Beschreibungsmerkmale wird in Tabelle 14 aufgefuehrt.

		Aufnahme
Geschlecht	männlich	2
	weiblich	39
Alter	M	19,317
	SD	4,607
Familien- stand	ledig	40
	verheiratet	-
	verwitwet	1
Geschwister- reihe	keine	5
	nur ältere Geschwister	7
	nur jüngere Geschwister	17
	ältere u. jüngere Geschwister	11
	nur Zwillings-Geschwister	1
Beruf	Angestellte(r) od. Beamte(r)	9
	noch in Ausbildung	30
	mindestens 3 Monate erwerbsl.	1
	Hausfrau m. Nebenbeschäftig.	1
Soz. Schicht des Vaters	obere Unterschicht	4
	untere Mittelschicht	22
	obere Mittelschicht	11
	Oberschicht	1
	Künstler	1
	unbekannt	2
IQ	< 91	-
	91 - 109	5
	> 109	10
	nicht zu beurteilen	26

Tab. 14: Biosoziale Beschreibungsmerkmale

Die Patienten sind fast ausschliesslich weiblich, und zum Zeitpunkt der Aufnahme ins MPI-P durchschnittlich 19 Jahre alt. Vorwiegend altersbedingt stehen die Patienten noch in Ausbildung und sind ledig, zudem handelt es sich haeufig um Erstgeborene. Bedauerlicherweise wurde bei den meisten Patienten kein IQ zum Zeitpunkt der Aufnahme bestimmt. Der durchschnittliche verbale Intelligenzquotient der 15 Patienten, bei denen der IQ bestimmt wurde, betrug $\bar{x} = 116.5 \pm 7.9$ (Minimum 107, Maximum 128). Die Angaben zur Schichtzugehoerigkeit der Patienten beruecksichtigen den sozialen Status des Vaters, weil die Patienten selbst noch vorwiegend in Ausbildung standen. Dabei dominierte die Zugehoerigkeit zur unteren Mittelschicht.

4.1.3. Allgemein anamnestische Beschreibungsmerkmale

Eine "familiaere Belastung" des Patienten durch affektive Psychosen, Schizophrenien, andere endogene Psychosen, oder Suizide/Suizidversuche liegt bei keinem der Patienten vor.

Das Alter bei Krankheitsbeginn und zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme therapeutischer Dienste, sowie die Dauer der Symptomatik vor Aufnahme ins MPI-P werden in Abbildung 4, Abbildung 5, Abbildung 6 dargestellt.

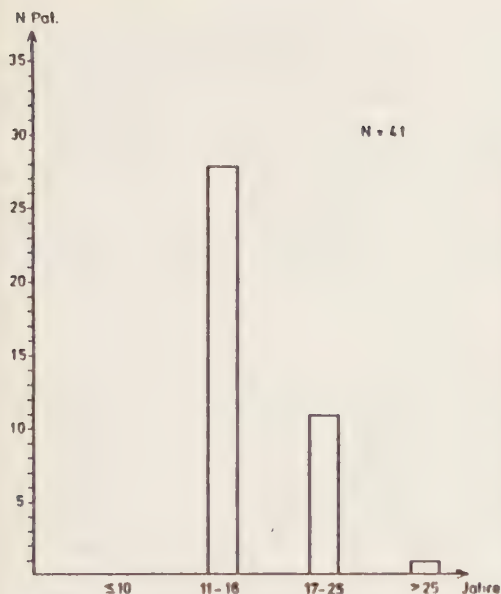


Abb. 4: Alter bei Krankheitsbeginn

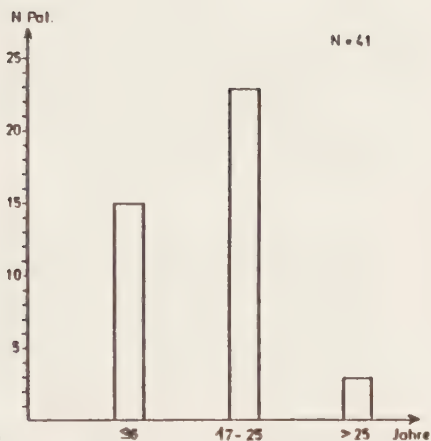


Abb. 5: Alter zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme ärztlicher Dienste

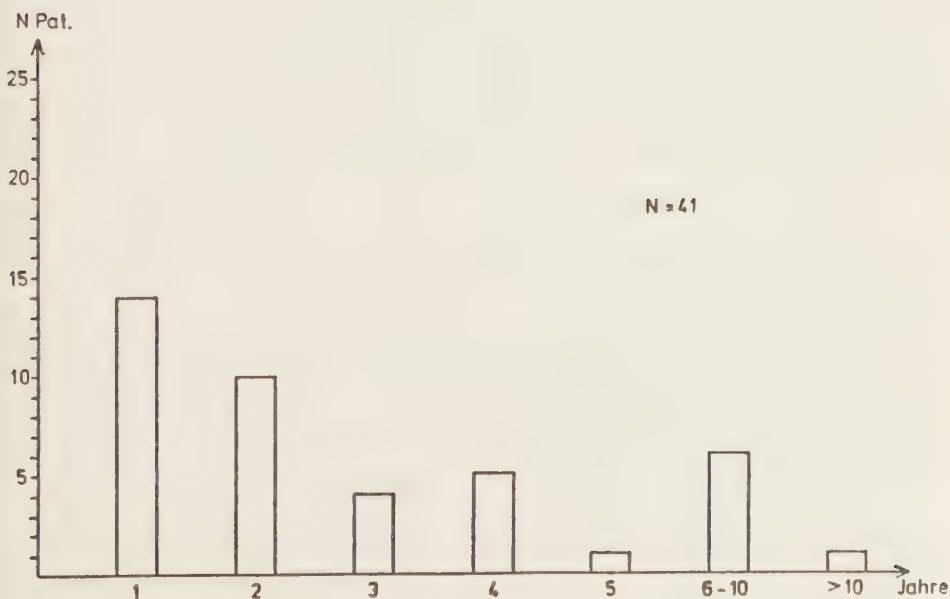


Abb. 6: Dauer der Anorexia nervosa vor Aufnahme ins MPI-P

Erste anorektische Symptome traten vorwiegend im Altersintervall von 16 bis 20 Jahren ($\bar{x} = 16.2 \pm 3.1$) auf. Die erste Behandlung nach Krankheitsbeginn fand nach ca. 2 Jahren statt, d.h. die Patienten waren durchschnittlich 18 Jahre alt ($\bar{x} = 18.2 \pm 4.3$). Zur stationaeren Aufnahme ins MPI-P kam es jedoch durchschnittlich erst ca. 3 Jahre nach Krankheitsbeginn ($\bar{x} = 3.3 \pm 3.4$).

Die genaue Festlegung des Alters bei Krankheitsbeginn ist relativ schwierig. Das Problem der Altersbestimmung liegt in der Wahl des Beurteilungskriteriums. Die Gewichtabnahme, auf die meistens zuerst reagiert wird, ist ein eher sekundaeres physisches Merkmal der psychischen Veraenderung, die vom Patienten und der Umwelt haeufig nicht wahrgenommen wird.

In der Krankengeschichte des Patienten wurden anamnestisch noch weitere psychische Symptome deutlich beschrieben, die bereits vor Aufnahme ins MPI-P manifest waren; u.a. faellt der hohe Anteil sozialer Aengste auf (39%). An weiteren Symptomen folgen sexuelle Stoerungen (15%), Suizidgedanken (12%), neurotisch depressive Symptome (12%) und Suizidversuche (8%) (Mehrfachnennungen wurden beruecksichtigt).

Beurteilungen zur sozialen Integration bezogen vor allem Leistungsaspekte und Faehigkeiten sozialer Interaktion ein. Der Schilderung der Biographie in der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass bei den meisten Patienten keine Leistungsstoerungen in der Schule/Ausbildung bzw. Arbeitsstoerungen vorlagen, wohl aber soziale Interaktionsprobleme.

Bei einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 3 Jahren war die Behandlung im MPI-P in den meisten Faellen der nachuntersuchten Patienten nicht die erste therapeutische Intervention. Es lagen bei 26 Patienten schon ambulante und/oder stationaere Therapien vor. Die durchschnittliche Gesamtzeit der stationaeren Behandlung vor Aufnahme ins MPI-P betrug fuer anorektische und/oder andere psychische Symptome 73 Tage. Die folgenden Tabellen fassen die Angaben zu stationaeren und ambulanten Behandlungen vor der Aufnahme zusammen: In Tabelle 15 werden die Behandlungen nach Institutionen aufgeschluesselt, in Tabelle 16 nach Behandlungsmethoden (vgl. Tabelle 15 und 18).

Die Patienten nahmen zwar vorwiegend stationaere internistische Institutionen in Anspruch (45%), aber auch bereits stationaere fachspezifische Institutionen (22%). Die Behandlung wurde fast ausschliesslich medikamentoes (40%) oder in Form von psychiatrisch unterstuetzenden Gespraechen (34%) durchgefuehrt. Verfahren, die auf einer physischen Restitution mit nicht medikamentoesen Mitteln hinarbeiten, (z.B. Verhaltenstherapie), fehlen weitgehend.

Bisher wurde der Verlauf der Anorexia nervosa vor der ersten Aufnahme ins MPI-P betrachtet. Dabei wurde beschrieben, welche Behandlungen stattgefunden haben und welche anderen psychischen Symptome neben der Anorexia nervosa im engeren Sinne deutlich wurden. Im folgenden wird die stationaere Behandlung im MPI-P beschrieben (vgl. Abbildung 7 und Tabelle 18).

		Anorexia nervosa N = 36			
		Behandlungsanlaß			
		Anorexia nervosa	andere Störungen	Anorexia nervosa u. andere Störungen	
	Institutionen	n	n	n	
stationär	Psychiatrische Klinik	19	-	3	22 (22%)
	Internistische Klinik	37	3	5	45 (45%)
	Kurklinik	3	1	1	5 (5%)
ambulant	Nervenarzt	10	-	-	10 (10%)
	Psychotherapeut	2	-	-	2 (2%)
	Psychologe	5	-	-	5 (5%)
	Arzt für Allgemein Medizin	6	-	1	7 (7%)
	Heilpraktiker	1	-	-	1 (1%)
	sonstige	2	2	-	4 (4%)
		85	6	10	100 (100%)
	keine Behandlung				5

Tab. 15: Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P. Aufschlüsselung nach Behandlungsanlaß und Institutionen (Mehrfachnennungen möglich).

		Anorexia nervosa N = 36		
		Behandlungsanlaß		
		Anorexia nervosa	andere Störungen	Anorexia nervosa u. andere Störungen
Behandlungsmethoden		n	n	n
Medikamentös		30	2	8
psychiatr. unterstützende Gespräche		31	2	1
Kur		3	1	1
Sonstiges		13	1	-
nicht zu beurteilen		8	-	-
		85	6	10

40 (40%)
34 (34%)
5 (5%)
14 (14%)
8 (8%)
101 (100%)

Tab. 16: Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P. Aufschlüsselung nach Behandlungsanlaß und Behandlungsmethoden. Mehrfachnennungen möglich.

N = 41

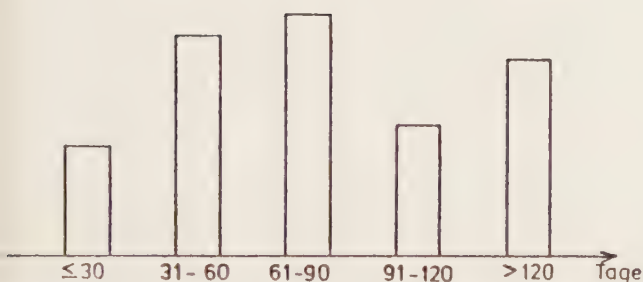


Abb. 7: Dauer der stationären Behandlung im MPI-P

Medikamentöse Therapie im MPI-P	N
keine medikamentöse Therapie	12 (29%)
Psychopharmaka	14 (34%)
sonstige spez. medikamentöse Therapie bei Indikationen des psych. Fachgebiets	4 (10%)
medikamentöse Therapie bei nicht fachspez. Indikation (z.B. intern)	8 (20%)
Kombinationen	3 (7%)
	41 (100%)

Nicht-medikamentöse Therapien. Aufschlüsselung nach vorherrschenden theoretischen Konzepten	N
Verhaltenstherapie	40 (98%)
Hypnose/Autogenes Training	1 (2%)
	41 (100%)

Tab. 18: Therapien bei anorektischen Patienten im MPI-P

Spezifizierung der medikamentösen Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	n
Neuroleptika	4 (10%)
Antidepressiva	1 (2%)
Analgetika	5 (12%)
Tranquillizer	10 (24%)
Hormone	2 (5%)
Vitamine/Mineralien	14 (34%)
sonstige	2 (5%)
	40 (100%)

Nicht-medikamentöse Therapien. Aufschlüsselung nach Einzel-/Familien-/Gruppentherapie	N
Einzeltherapie	25 (61%)
Einzel-/Partner-/Familientherapie	1 (2%)
Einzeltherapie und Gruppentherapie	15 (37%)
	41 (100%)

Die Dauer des stationären Aufenthalts im MPI-P betrug durchschnittlich 2 1/2 Monate ($\bar{x} = 81.3 \pm 43.3$ Tage). Die Kategorisierung der Behandlungsmassnahmen folgt der Standarddokumentation der Datenbank (PSYCHIS). Es kamen medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren in Anwendung.

Bei den psychotherapeutischen Verfahren wurden in der Zeit zwischen 1970 und 1976 z.T. kontrollierte Studien durchgeführt, in denen anorektische Patienten mit auf der Lerntheorie basierenden Techniken behandelt wurden. Dabei handelte es sich jedoch nicht um experimentelle Studien, in denen Therapiekomponenten systematisch variiert wurden. Eine Unterscheidung der katamnestischen Untersuchungsgruppe in experimentelle vs. nicht experimentelle Behandlungsgruppen war in dieser Arbeit deshalb nicht sinnvoll.

4.1.4. Zusammenfassung und Diskussion

Die Angaben zur Beschreibung der Untersuchungsstichprobe entsprechen im wesentlichen den Daten anderer Katamnesen stationär behandelter Patienten. Erwartungsgemäss waren fast alle Patienten weiblich, bei Aufnahme ins MPI-P ledig, befanden sich noch in Ausbildung und waren ca. 19 Jahre alt. Nicht mit einbezogen wurde die kinderpsychiatrische Abteilung. Kinder und z.T. auch Jugendliche wurden deshalb in dieser Katamnese nicht vorgefunden. Auffallend ist die relativ hohe Anzahl der Patienten mit jüngeren Geschwistern.

Eine uebereinstimmende Beurteilung des Krankheitsbeginns erscheint problematisch, da unterschiedliche Beurteilungskriterien bestehen. Häufig wird der

Krankheitsbeginn dem ploetzlichen oder starkem Gewichtsverlust zugeordnet. der Gewichtsverlust ist jedoch eher ein sekundaeres physisches Merkmal einer psychischen Veraenderung. Erst der extreme Gewichtsverlust wird wahrgenommen und macht eine Behandlung dringend erforderlich (2 Jahre nach Krankheitsbeginn). Haeufig befindet sich der Patient bereits in einem lebensbedrohlichen Zustand und wurde bereits in stationaeren oder ambulanten internistischen Institutionen - vor allem medikamentoes - behandelt.

Die psychische Komponente der Erkrankung wird oder wurde in frueheren Jahren nicht immer beachtet, so dass es zu fachspezifischen ambulanten oder stationaeren Behandlungen seltener oder erst spaeter kommt.

Den Anamnesen und Biographien der Patienten war zu entnehmen, dass - neben anorektischen Symptomen im engeren Sinne - soziale und sexuelle Aengste, neurotisch depressive Verstimmungen und Selbstmordgedanken haeufig vorkamen. Relativ oft wurden Selbstmordversuche (8%) durchgefuehrt. Sozial waren die Patienten weniger auffaellig. Starke Leistungsorientierung in Schule und Sport, aber auch fehlende emotionale Bindung (Freundschaft, Partnerschaft) waren charakterisierend.

Auf ihren haeufig lebensbedrohlichen Zustand hin wurden vor allem zunaechst medikamentoes Therapien akzentuiert und anschliessend mit psychotherapeutischen Verfahren reagiert. Eine physische Restitution ausschliesslich mit nicht medikamentoesen Mitteln (z.B. Verhaltenstherapie) wurde erst in spaeteren Jahren vorgenommen.

Will man geeignete therapeutische Massnahmen aus den Ergebnissen ableiten, so ist zu pruefen, ob die verschiedenen biografischen krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen fuer den weiteren Verlauf von prognostischer Bedeutung sind (vgl. Kapitel 4.6.).

4.2. Beschreibung der Psychopathologie der Untersuchungsstichprobe.

Die Beschreibung der Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Aufnahme wird in erster Linie durch die vorhandenen Daten bestimmt. In den folgenden Abschnitten werden die Intensitaet der Anorexia nervosa und ihre Symptomatologie beschrieben. Die klinischen standardisierten Frageboegen zur Selbstbeurteilung (KSb-S) und Fremdbeurteilung (IMPS) koennen leider nicht ergaenzend dargestellt werden, weil die Ergebnisse nur bei einem Teil der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme vorlagen.

4.2.1. Intensitaet der Anorexia nervosa

Mit Hilfe eines Symptombogens (siehe Anhang 8), wird die Krankengeschichte ausgewertet und die Intensitaet der Anorexia nervosa global beurteilt. Zusaetzlich wird das Aufnahmegewicht dargestellt.

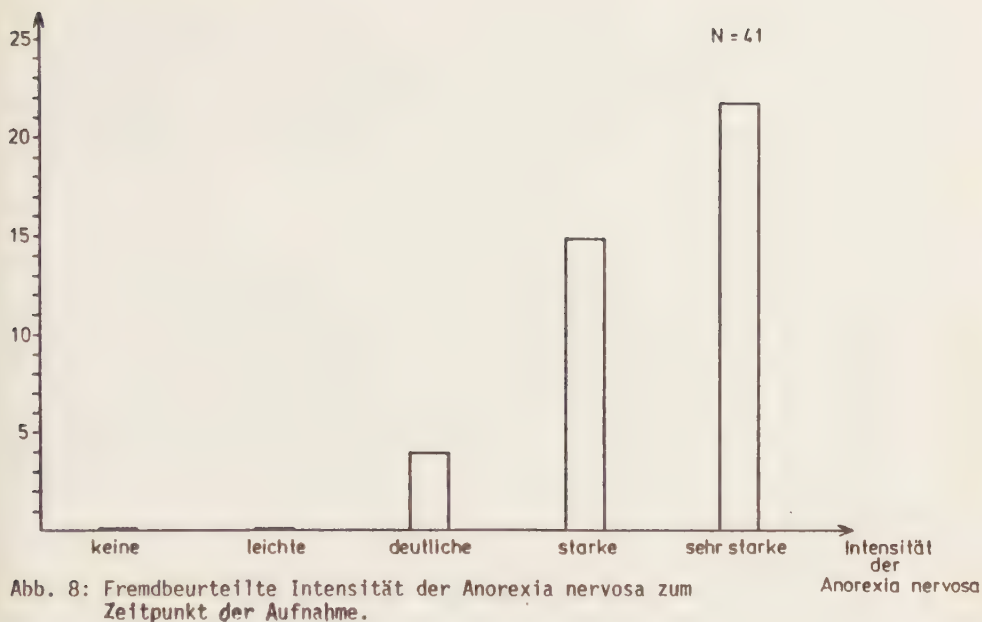


Abb. 8: Fremdbeurteilte Intensität der Anorexia nervosa zum Zeitpunkt der Aufnahme.

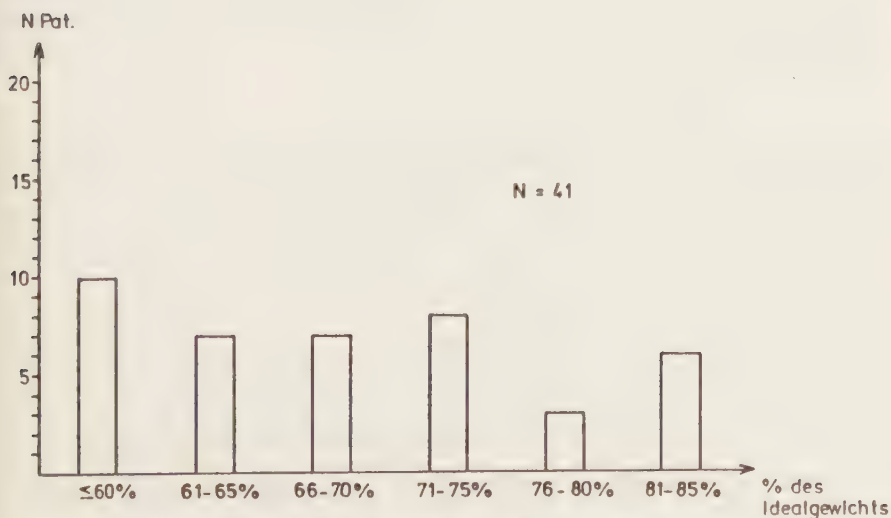


Abb. 9: Gewichtsverteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme in Prozent des Idealgewichts.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme sind die meisten Patienten durch insgesamt starke bzw. sehr starke anorektische Symptome gekennzeichnet und benoetigen dringend eine stationaere Behandlung mit zum Teil anfaenglicher medikamentoeser Unterstuetzung (vgl. auch Tabelle 18).

Nach FEIGNER et al. (1972) ist fuer die Diagnose "Anorexia nervosa" ein Gewichtsverlust von mindestens 25% des frueheren Koerpergewichts erforderlich. Das fruehere Koerpergewicht war in vielen Faellen unbekannt. Eine allgemein uebliche Darstellung ist die Verteilung des Gewichts in Relation zum Idealgewicht. Man unterteilt die Gewichtsverteilung in drei Gewichtsklassen:

1. Starkes Untergewicht (51 - 70% des Idealgewichts)
2. Deutliches Untergewicht (71 - 90% des Idealgewichts)
3. "Normales" Gewicht (91 - 110% des Idealgewichts)

Es zeigt sich, dass kein Patient ein normales Gewicht bei Aufnahme zeigt, 51% deutlich untergewichtig und 59% stark untergewichtig sind.

4.2.2. Beschreibung der Symptomatologie der Anorexia nervosa

Die psychischen und physischen Kriterien der Anorexia nervosa sind in der Literatur relativ gut definiert und wurden in den Symptombogen aufgenommen. Diese Liste sieht Intensitaetsstufen vor. Jedoch konnte nur in wenigen Faellen das Ausmass der Einzelsymptome auf Basis der vorliegenden Dokumentation beurteilt werden. Es wurde deshalb eine Haeufigkeitsverteilung der Merkmale hinsichtlich vorhanden/nicht vorhanden vorgenommen. Das Gewicht als Einzelmerkmal wurde an dieser Stelle nicht erneut aufgefuehrt.

Es ergab sich folgende Rangreihe (vgl. Tabelle 19).
 Mehrfachnennungen wurden beruecksichtigt).

Menarche im Alter von	N	%
12 Jahren	11	27%
13 "	11	27%
14 "	6	15%
15 "	5	12%
10 "	2	5%
14 "	2	5%
16 "	2	5%
keine Angaben bzw. trifft nicht zu	2	5%
	41	100%

Regelblutung	N	%
sekundäre Amenorrhoe von mehr als 12 Monaten Dauer	24	59%
sekundäre Amenorrhoe 9-12 Monate Dauer	8	20%
unregelmäßige Regelblutung in den letzten 6 Monaten	3	7%
regelmäßiges Auftreten nur mit Hormonpräparaten	3	7%
normale Regelblutung in den letzten 6 Monaten	1	2%
primäre Amenorrhoe	0	0%
keine Angaben bzw. trifft nicht zu	2	3%
	41	100%

Amenorrhoe	N	%
sekundäre Amenorrhoe, die der Gewichtszunahme um mehr als 3 Monate nachfolgt	28	68%
keine sekundäre Amenorrhoe	4	10%
sekundäre Amenorrhoe, die einer Gewichtszunahme vorausgeht um mehr als 3 Monate	3	7%
sekundäre Amenorrhoe, gleichzeitig mit Beginn der Gewichtszunahme	3	7%
keine Angaben bzw. trifft nicht zu	3	7%
	41	100%

Symptomatologie	N	%
Panzen	38	93%
Temperaturrempfindlichkeit	37	90%
Soziale Isolation	35	85%
Verdauung	35	85%
Essen überwertig in Gedanken und/oder Handlungen	33	80%
Vermindertes sexuelles Interesse	29	70%
Der Patient leidet sexuelle Ängste	28	68%
Body Image verzerrt	27	66%
Störungen der inneren Wahrnehmung	27	66%
Ausgeprägte Leistungsorientierung	26	63%
Bewegungsdrang	25	61%
Haarschädigung am Haupthaar	24	59%
Mangelnde Krankheitsinsicht	23	56%
Bulimie	22	54%
Laxantien-Missbrauch	19	46%
Schlafstörung	18	44%
Erbrechen	17	41%
Kleptomanie (Nahrung)	17	41%
Overexercising	17	41%
Negative Einstellung zur Menstruation	11	27%
Canagobenahrung	9	22%
Kleptomanie (Gegenstände)	3	7%
Idem	3	7%
Zusätzliche Symptome, die im Rahmen der spezifischen inorextischen Symptomatik untypisch sind	27	66%

Tab. 19: Symptomatologie der Anorexia nervosa zum Zeitpunkt der Aufnahme.

Mehrere der Krankheitssymptome sind nicht primärer Natur, sondern eine Folge der Nahrungskarenz und Gewichtsabnahme. Einige Autoren unterscheiden sekundäre körperliche und psychische Symptome. An sekundären körperlichen Symptomen werden vor allem Temperaturempfindlichkeit, Haarschädigung, seltener Lanugo-Behaarung und Oedeme beschrieben. Bei einigen Patienten (N = 4) traten anstatt feiner flaumartiger Lanugo-Behaarung eine extrem starke auffällige Körper- und Hauptbehaarung auf, die bei Gewichtszunahme wieder allmählich zurückging. An psychischen Konsequenzen wurden vor allem soziale Isolation, essenziertes Denken, vermindertes sexuelles Interesse, Ignorieren propriozeptiver Körpersignale, body-image Verzerrungen etc. genannt.

Geht man davon aus, dass die Anorexia nervosa als psychosomatische Reaktion auf eine Vielzahl angstauslösender psychologischer, soziokultureller und konstitutioneller Faktoren zu verstehen ist, so treten bei anorektischen Patienten verschiedene, aber immer wiederkehrende Problemlösungsversuche auf, u.a. Leistungssteigerung, körperlicher Bewegungsdrang, Fasten, Erbrechen, Laxantienabusus, Alkohol- und Tablettenabusus. In unserer Untersuchungsserie dominierte das Fasten gefolgt von Bewegungsdrang, Laxantien-Abusus und Erbrechen.

Die Patienten hatten ihre Menarche vorwiegend im Alter von 12 bzw. 13 Jahren (vgl. Tabelle 19). Die Beurteilung der Regelblutung ergab in vielen Fällen eine sekundäre Amenorrhoe von mehr als 12 Monaten oder 6 - 12 Monaten Dauer. Bei 28 (68%) Patienten war die Regelblutung anfangs normal und blieb dann um mehr als 3 Monate nach der Gewichtsabnahme aus.

4.2.3. Zusammenfassung und Diskussion

Die Anorexia nervosa wird heute von vielen Autoren primär als psychische Erkrankung mit sekundären somatischen Veränderungen angesehen. Phänomenologisch sind die beschriebenen Symptome unserer Untersuchungsstichprobe mit den aus der Literatur bekannten als sehr homogen anzusehen. Der Gewichtsverlust gilt allgemein als das Hauptsymptom. Unsere Ergebnisse aus der Krankengeschichtsdokumentation zeigen ein Ueberwiegen des deutlichen und starken Untergewichts (71-90% bzw. 51-70% des Idealgewichts).

Ein wesentliches Krankheitsmerkmal stellt die Amenorrhoe dar, die nahezu immer von sekundärer Natur ist. Zu einem Sistieren der Regelblutung kommt es nur bei 7% der Patienten bereits vor dem Gewichtsverlust und bei weiteren 7% gleichzeitig mit der Gewichtsabnahme.

Zahlreiche weitere sekundäre körperliche Symptome wurden genannt: Kälteintoleranz, Haarschädigung etc. Als psychische Konsequenz der Anorexia nervosa wurden vor allem verminderte Libido, essenzenzentriertes Denken und Ignorieren propriozeptiver Reize genannt.

Das Leitsymptom ist das Fasten. Patienten verweigerten die Nahrung oder assen nur wenig und nach Diätplan. Häufig wurde extremer Bewegungsdrang (Leistungssport, 40 km lange Märsche, Ballett, ausgedehnte Gymnastik) beschrieben. Fressattacken nach langer Nahrungskarenz sind häufig und werden anschliessend in vielen Fällen von Erbrechen sowie Laxatieneinnahme gefolgt. An zusätzlichen Symptomen, die nicht zur Anorexia nervosa im

engeren Sinne gehoeren, wurden Selbstmordgedanken, Alkoholabusus, soziale und sexuelle Aengste genannt.

Insgesamt betrachtet, dominierte bei Aufnahme ins MPI-P eine deutliche bis sehr starke Anorexia nervosa, die einen stationaeren Aufenthalt erforderlich machte. Zum Zeitpunkt der Aufnahme entsprach die globale Beurteilung der Anorexia nervosa der auf den Gewichtsverlust gerichteten Einschaeztung. Weitere Analysen werden zeigen (vgl. Kapitel 4.6), ob anorektisches Verhalten nicht auch nach einer Normalisierung des Gewichts persistieren kann oder andererseits, ob das Gewicht alleine fuer den weiteren Verlauf von prognostischer Relevanz ist oder als dritter Aspekt verschiedene andere Leitsymptome, (z.B. Fasten, Laxantien-~~Abusus~~ und Erbrechen) zur differenzierten Beschreibung zusaetzlich erforderlich sind.

4.3. Darstellung der Untersuchungsergebnisse zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung (Katamnese)

In einem persoenlichen Interview und unter Verwendung standardisierte Frageboegen wurde der psychische Zustand und die soziale Adaptationsfaehigkeit jedes Patienten beurteilt. Zusaetzlich ist der Versuch unternommen worden, den Verlauf zwischen Entlassung und Katamnese unter den Gesichtspunkten:

1. Gewichts- und Symptomverlauf
 2. diagnoseunspezifische psychische Symptome sowie
 3. erneute Behandlungen
- retrospektiv zu erfassen.

4.3.1. Biosoziale Beschreibungsmerkmale

Die Charakterisierung der Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der

Katamnese wird in Tabelle 20 dargestellt.

Geschlecht	männlich	2
	weiblich	39
Alter	M	23,282
	SD	4,906
Familien- stand	ledig	32
	verheiratet	8
	verwitwet	1
Geschwister- reihe	keine	3
	nur ältere Geschwister	6
	nur jüngere Geschwister	19
	ältere u. jüngere Geschwister	12
	nur Zwillings-Geschwister	1
Beruf	Arbeiter	3
	Angestellte(r) od. Beamte(r)	13
	Selbständige(r), Freiberufl.	1
	noch in Ausbildung	17
	Hausfrau o. Nebenbeschäftigung	2
	Hausfrau m. Nebenbeschäftigung	5

Tab. 20: Biosoziale Beschreibungsmerkmale zum Zeitpunkt der Katamnese

Dem katamnestischen Zeitintervall entsprechend sind die Patienten durchschnittlich 23 Jahre alt und sind nach wie vor vorwiegend ledig. Der Anteil Berufstaetiger ist im Vergleich zur Aufnahme deutlich gestiegen.

4.3.2. Fremdbeurteilung der Intensitaet der Anorexia nervosa, ihrer Symptomatologie, der sozialen Integration und des psychopathologischen Befundes insgesamt.

Zur Beurteilung der Symptomatologie der Anorexia nervosa diente wieder der Symptombogen, der bereits zur Auswertung der Krankengeschichte herangezogen wurde (s. Anhang 7). Die soziale Integration wurde in einem strukturierten Interview erfragt (siehe Anhang 9) und nach Abschluss des Interviews zusaetzlich der psychopathologische Befund mit Hilfe einer standardisierten Schaetzskala beurteilt (IMPS). Abbildung 10 zeigt die Intensitaet der Anorexia nervosa insgesamt. Abbildung 11 gibt eine Uebersicht ueber die Gewichtsverteilung.

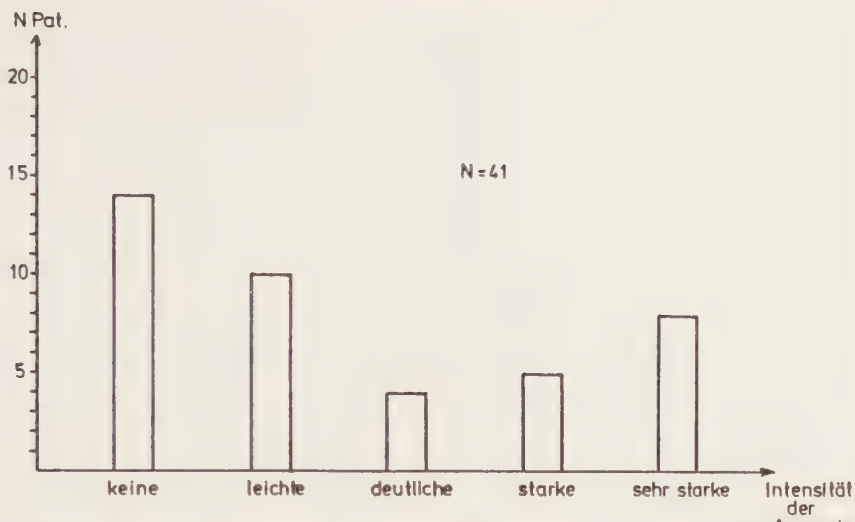


Abb. 10: Fremdbeurteilte Intensität der Anorexia nervosa bei Katamnese.

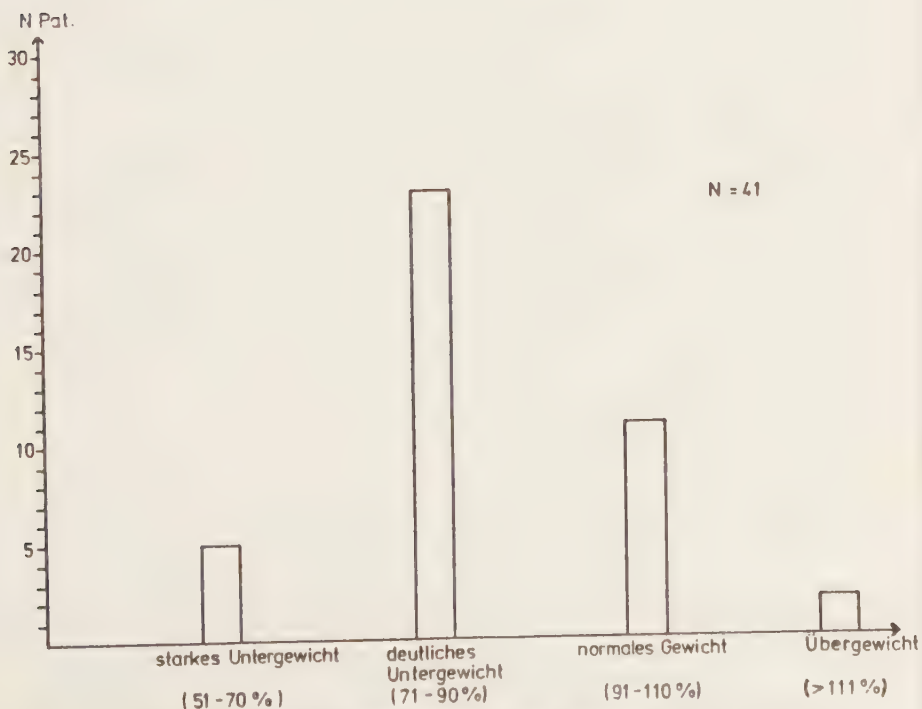


Abb. 11: Gewichtsverteilung zum Zeitpunkt der Katamnese. Aufschlüsselung nach Anzahl der Patienten in den Gewichtskategorien starkes, deutliches Untergewicht, normales Gewicht und Übergewicht in Prozent des Idealgewichts.

Mehr als die Haelfte der Patienten zeigen keine bzw. lediglich geringe anorektische Symptome und kommen nach Ansicht des Therapeuten ohne fremde Hilfe zurecht. Andererseits wurde fuer 17 (41%) Patienten eine therapeutische Intervention empfohlen (vgl. Abbildung 10). Reduziert man die Beurteilung des Zustandes auf das Hauptsymptom "Gewicht", so verstaerkt sich ein anderer Eindruck. Aufgrund des Koerpergewichts erscheinen nur 27% der Patienten unproblematisch. Hingegen zeigten 68% ein deutliches bzw. starkes Untergewicht, und 5% deuten ein gestoertes Essverhalten an, das zu Uebergewicht fuehrte.

Die differenzierte Beurteilung der 4 Gewichtsklassifikationen zeigt, dass 14 (34%) Patienten ein Untergewicht von 10-20% zeigen. Das dominierende gesellschaftliche Schlankheitsideal beeinflusst nicht nur den Patienten, sondern auch den Beurteiler. Schlankheit wird eher als "normal" akzeptiert, wenn die betroffene Person insgesamt einen stabilen, lebensstuechtigen und problemlosen Eindruck macht. Vor diesem Hintergrund sind unterschiedliche Beurteilungen des katamnestischen Zustandes zu sehen. Die isolierte Betrachtung des Gewichtsverlustes gehorcht strengeren und rigideren Kriterien. In die globale Beurteilung gehen dagegen mehrere Kriterien ein, die eine Therapiebeduerftigkeit relativieren.

Die soziale Integration und die psychopathologischen Merkmale stellen weitere wichtige Aspekte der Beurteilung des katamnestischen Zustands dar (Abbildung 12, Abbildung 13 und Tabelle 21).



Abb. 12: Fremdbeurteilte Intensität der sozialen Beeinträchtigung anorektischer Patienten bei Katamnese.



Abb. 13: Multidimensionale Beurteilungsskala für Klinikpatienten (IMPS). Mediane der Syndromscores in Prozent des möglichen Maximalwertes zum Zeitpunkt der Katamnese.

Symptomatologie	N	%
Temperaturempfindlichkeit	28	68%
Ausgeprägte Leistungsorientierung	20	49%
Fasten	19	46%
Essen Überwertig in Gedanken und/oder Handlungen	16	39%
Bulimie	15	37%
Soziale Isolation	15	37%
Vermindertes sexuelles Interesse	15	37%
Obstipation	15	37%
sexuelle Ängste	14	34%
Overachievement	13	32%
Erbrechen	11	30%
Body Image verzerrt	12	29%
Bewegungsdrang	10	24%
Mangelnde Krankheitseinsicht	9	22%
Störungen der inneren Wahrnehmung	9	22%
Laxantien-Abusus	6	15%
Haarschädigung am Haupthaar	4	10%
Negative Einstellung zur Menstruation	4	10%
Kleptomanie (Nahrung)	2	5%
Ödeme	2	5%
Lanugobehaarung	2	5%
Kleptomanie (Gegenstände)	1	2%
Zusätzliche Symptome, die im Rahmen der spezifischen anorektischen Symptomatik untypisch sind	24	59%

Regelblutung	N	%
sekundäre Amenorrhoe von mehr als 12 Monaten Dauer	11	27%
normale Regelblutung in den letzten 6 Monaten	9	22%
unregelmäßige Regelblutung in den letzten 6 Monaten	8	20%
regelmäßiges Auftreten nur mit Hormonpräparaten	7	17%
sekundäre Amenorrhoe 6-12 Monate Dauer	2	5%
nicht zu beurteilen bzw. trifft nicht zu	4	10%

Tab. 21: Symptomatologie der Anorexia nervosa zum Zeitpunkt der Katamnese.

Trotz ueberaus deutlicher anorektischer Symptomatik werden sehr ausgepraegte Beeintraechtigungen nicht gesehen. "Stark beeintraechtigt" sind Patienten, die viele Dinge ueberhaupt nicht mehr tun koennen oder regelmaessig auf fremde Hilfe angewiesen sind (vgl. Abbildung 12).

In die Beurteilung der sozialen Adaptationsfaehigkeit gingen auch Symptome, wie soziale und sexuelle Aengste, Partnerschaftsschwierigkeiten etc., ein. Diese Einzelsymptome koennen so dominieren, dass sie sich in unspezifischen Symptomen und anderen Bereichen sozialer Beeintraechtigung auffallend niederschlagen. In der Beurteilung der diagnosespezifischen Symptomatik wurden sie nicht erfasst.

Die Einschaetzung des psychopathologischen Befundes (vgl. Abbildung 13) zeigt, dass zur Beschreibung im wesentlichen zwei Syndrome der standardisierten Fremdbeurteilungsskala relevant sind: Anxious depression und impaired functioning; alle anderen Syndrome geben keine interpretierbare Information und werden bei dieser Untersuchung fuer weitere Analysen nicht weiter beruecksichtigt.

In das depressive Syndrom (ANX) gehen Aeusserungen des Patienten von unbestimmten Angstgefuehlen wie auch spezifischen Aengsten ein. Weiterhin negative Einstellung sich selbst gegenueber, auch oft Schuldgefuehle und Gewissensbisse wegen realem oder auch nur eingebildeter Verschulden und allgemeine disphorische Gemuetsverfassung. Das Syndrom impaired functioning (IMP) bezieht solche Aeusserungen ein, die auch bereits im spezifischen Symptombogen erfasst wurden: Beeintraechtigung normaler

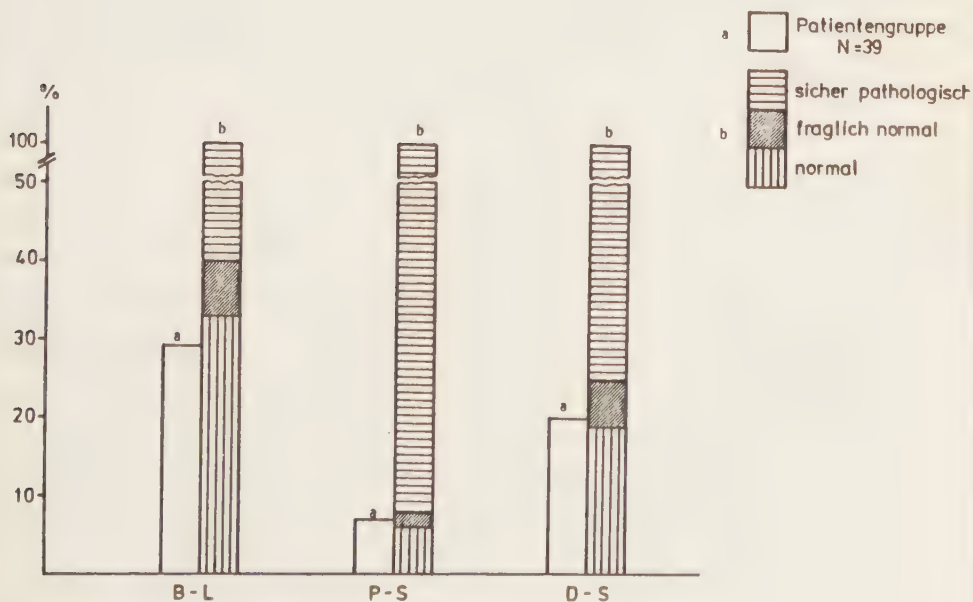
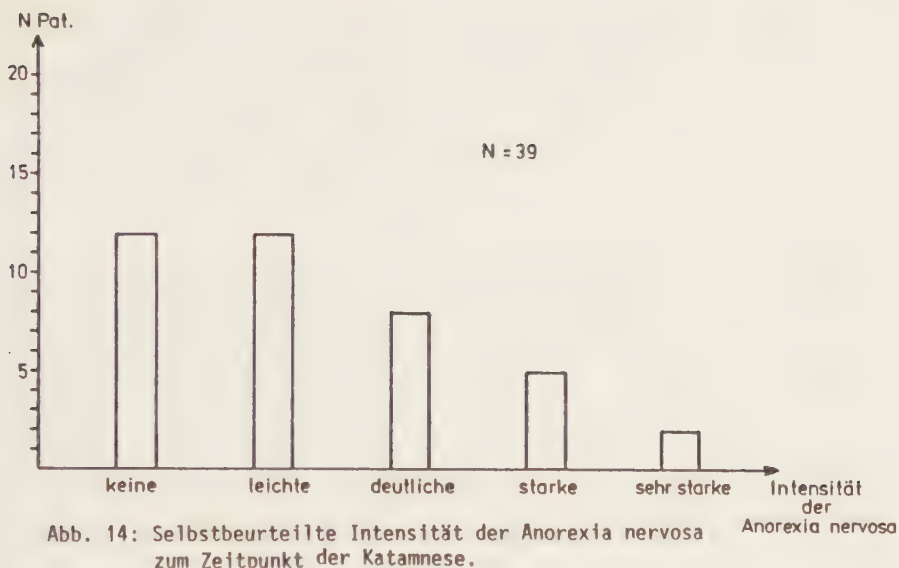
Funktionsablaeufe, Arbeitsunfaehigkeit, Libidoverlust, Konzentrationsstoerungen, Schlafstoerungen, Muedigkeit und Interessenverlust bzgl. der Mitmenschen.

Die psychischen Symptome haben sich im Vergleich zur Aufnahme ins MPI-P in ihrer Haeufigkeit verringert, die Rangfolge ist jedoch im wesentlichen beibehalten. Ausgepraegte Leistungsorientierung und Fasten stellen die Leitsymptome dar. Nur 9 (22%) der Patienten haben bei Katamnese eine normale Regelblutung. Demgegenueber stehen 13 (32%) Patienten, die eine sekundaere Amenorrhoe von 6 bis 12 und mehr Monate Dauer haben (vgl. Tabelle 21).

Anorektische Patienten stehen immer unter dem Verdacht der Krankheitsverleugnung. Sie strengen sich enorm an, gute Leistungen zu zeigen und ihren tatsaechlichen Zustand zu bagatellisieren. Dies beschwoert die Gefahr herauf, dass in kurzen Interviewsituationen das Ausmass mancher Symptome dem Untersucher verborgen bleibt. Die Analyse der Selbstbeurteilung ist u.E. eine wichtige Ergaenzung zur Beschreibung des aktuellen Zustandes.

4.3.3. Selbstbeurteilung der Intensitaet der Anorexia nervosa

Vor Beginn des Interviews beurteilen die Patienten mit Hilfe von konstruierten Beurteilungsskalen unter anderem das Ausmass ihrer Anorexia nervosa (vgl. Abbildung 14), und - anhand standardisierter klinischer Selbstbeurteilungsskalen - weitere psychopathologische Aspekte (vgl. Abbildung 15).



Insgesamt geben 22 (56%) Patienten keine bzw. leichte Symptome an und 27 (69%) glauben ohne Behandlung zurechtzukommen, d.h. die Einsicht, dass eine therapeutische Intervention ab einem bestimmten Ausmass der Stoerung angebracht ist, ist weitgehend vorhanden.

Insgesamt betrachtet klagt weniger als die Haelfte der Patienten im Vergleich zur Norm ueber koerperliche und Allgemeinbeschwerden (Beschwerdenwert). Emotionale Stoerungen vom Typ aengstlich depressiver Verstimmtheit (Depressivitaetswert) und als psychisch erlebte Symptome im Sinne paranoider Tendenzen werden etwas haeufiger angegeben, bleiben aber zu mehr als 50% im Norm- bzw. im fraglichen Abnormbereich.

Die Uebereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen klinischer und sozialer Aspekte wird im folgenden Kapitel beschrieben.

4.3.4. Beziehung der Katamnesedaten untereinander.

Die Vielzahl der Informationen aus dem persoelichen Gespraech mit dem Patienten wurden in neukonstruierten Beurteilungsskalen zusammengefasst um sie spaeter leichter mit Fragebogenergebnisse vergleichen zu koennen. Zur Beurteilung kamen - wie bereits eingehend beschrieben - (vgl. S. 87ff), die Intensitaet der Anorexia nervosa insgesamt und die soziale Beeintraechtigung. Von besonderem Interesse war, in welchem Zusammenhang das Ausmass der Anorexia nervosa zur sozialen Beeintraechtigung in einzelnen Lebensbereichen steht. Ferner wurde geprueft, ob diese Zusammenhaenge vom Patienten selbst und vom Untersucher vergleichbar gesehen werden.

4.3.4.1. Ueberpruefung methodischer Voraussetzungen des Vergleichs Fremd- und Selbstbeurteilung der Intensitaet der Anorexia nervosa und sozialer Beeintraechtigung (Interrater-Reliabilitaet).

Die Information des Interviews wurden in Ratingskalen zusammengefasst. Die Brauchbarkeit der Skalen wurde bei mehreren Patienten (N=11) geprueft, indem das Interview von zwei Untersuchern durchgefuehrt wurde, wobei ein Untersucher lediglich das Gespraech leitete, waehrend der zweite Untersucher zuhoerte. Nach Abschluss der Untersuchung gaben beide Untersucher unabhaengig voneinander ihre Beurteilungen ab. Die folgende Tabelle zeigt die Uebereinstimmung verschiedener Untersucher bei der Beurteilung der Anorexia nervosa und verschiedener Aspekte sozialer Beeintraechtigung.

Interrater reliabilität	N	Korr.
Therapiebedürftigkeit	11	1.0 ***
Intensität bei Katamnese im Vergleich zur Aufnahme	11	0.997 ***
Intensität bei Katamnese im Vergleich zur Entlassung	11	0.941 ***
Intensität anderer Symptome	11	0.752 **
Intensität aller Beschwerden insgesamt	11	0.938 ***
Beeinträchtigung global	11	0.729 **
Beeinträchtigung Umwelt	11	0.787 **
Beeinträchtigung Selbstversorgung	11	0.509 n.s.
Beeinträchtigung Leistungsfähigkeit		
Schule	4	0.817 n.s.
Arbeit	4	1.0 ***
Haushalt	6	0.633 n.s.
Beeinträchtigung zwischenmenschliche Beziehungen	11	0.672 **
Beeinträchtigung innerhalb der Familie	11	0.860 ***
Soziale Isolation	11	0.951 ***
Beeinträchtigung Freizeitgestaltung	11	0.939 ***
Global Assessment Scale	11	0.889 ***

Tab. 22: Korrelation zweier Rater bei der Beurteilung verschiedener Aspekte sozialer Beeinträchtigung und Intensität der Anorexia nervosa

Signifikanzniveau: $p < .001$ = ***
(Spearman Korr.Koeff.) $p < .01$ = **
 $p < .05$ = *

Es besteht insgesamt eine hohe Uebereinstimmung zwischen Interviewleiter und wechselndem Zweitbeurteiler. Die Beurteilungsskalen sind somit als reliabel anzusehen, die vielfaeltigen Informationen aus dem Interview zusammenzufassen.

4.3.4.2. Zusammenhang zwischen Fremdbeurteilung der Anorexia nervosa und der sozialen Integration.

Der Zusammenhang zwischen der Intensitaet der anorektischen Symptomatik und der sozialen Beeintraehtigung insgesamt wird in Tabelle 23 abgebildet und nach relevanten Lebensbereichen in Tabelle 24 aufgeschluesselt.

ANOREXIA NERVOSA (N = 41)						
Beeinträchtigung insgesamt						
Intensität	keine	leichte	deutliche	starke	sehr starke	
keine	9	2	3			14 (34%)
leichte	1	4	4	1		10 (24%)
deutliche		2	1	1		4 (10%)
starke	1		3	1		5 (12%)
sehr starke		1		7		8 (20%)
	11 (27%)	9 (22%)	11 (27%)	10 (24%)		41 (100%)

Tab. 23: Soziale Beeinträchtigung bei Katamnese. Aufschlüsselung nach Intensität der Anorexia nervosa und soziale Beeinträchtigung insgesamt.

KORRELATIONEN

Intensität der spezifischen Symptomatik (Untersucherrating) Anorexia nervosa	Intensität der Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen	N	Korr
	1. Beeinträchtigung global	41	.604
	2. Beeinträchtigung der Umwelt	41	.387
	3. Beeinträchtigung der Selbstversorgung	41	.314
	4. Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit:		
	Schule	17	.303
	Arbeit	21	.134
	Haushalt	26	.426
	5. Beeinträchtigung zwischenmenschlicher Beziehungen	41	.401
	6. Beeinträchtigung innerhalb der Familie	41	.214
	7. Soziale Isolation	41	.609
	8. Beeinträchtigung der Freizeitgestaltung	41	.610
	9. Global Assessment scale	41	.845

Tab. 24: Korrelation zwischen Intensität der spezifischen Symptomatik und Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen. Beurteilungen des Untersuchers.

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
 (Spearman Korr.Koeff.) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Symptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese und der sozialen Beeinträchtigung. Es faellt jedoch keine der anorektischen Patienten in die Kategorie der sehr starken Beeinträchtigung (vgl. Tabelle 23). Die Aufschluesselung der sozialen Beeinträchtigung insgesamt in einzelne Lebensbereiche zeigt weitgehend signifikante Zusammenhaenge zwischen Intensitaet der spezifischen Stoerung und sozialer Isolation bzw. Beeinträchtigung in der Freizeitgestaltung, beruehrt aber nicht die Interaktion innerhalb der Familie.

4.3.4.3. Zusammenhang zwischen selbstbeurteiltem Ausmass der Anorexia nervosa und sozialen Integration

Auch hier steht die Frage im Mittelpunkt, wie sich der Patient selbst beurteilt und ob die Selbstbeurteilung der Patienten auf eine Parallelitaet zwischen Intensitaet der Anorexia nervosa und Ausmass sozialer Beeintraechtigungen insgesamt hinweist oder aber nur einige Lebensbereiche besonders beeintraechtigt sind (vgl. Tabelle 25).

KORRELATIONEN

Intensitaet der spezifischen Symptomatik (Selbstbeurteilung) (Anorexia nervosa)	Intensitaet der Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen	N	Korr
	1. Beeinträchtigung global	39	.439 **
	2. Beeinträchtigung Umwelt	39	.564 ***
	3. Beeinträchtigung Selbstversorgung	39	.483 **
	4. Beeinträchtigung Leistungsfähigkeit		
	Schule	15	.234 n.s.
	Arbeit	21	.676 **
	Haushalt	23	.489 **
	5. Soziale Isolation	39	.477 **
	6. Beeinträchtigung Freizeitgestaltung	39	-.290 n.s.
	7. Probleme im Alltag	39	.313 *

Tab. 25 : Korrelation zwischen Intensitaet der spezifischen Symptomatik und sozialen Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen. Selbstbeurteilung

Signifikanzniveau:
 (Spearman Korr.Koeff.)
 $p \leq .001 = ***$
 $p \leq .01 = **$
 $p \leq .05 = *$

Es besteht generell ein signifikanter Zusammenhang zwischen selbstbeurteilter Intensitaet der Stoerung und sozialer Beeintraechtigung in relevanten Lebensbereichen. Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen Intensitaet der Anorexia nervosa und gestoerter Freizeitgestaltung.

4.3.4.4. Uebereinstimmung zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung, sozialer Beeintraechtigung und der Intensitaet der Anorexia nervosa

Die Ueberpruefung der Reliabilitaet der Beurteilungsskalen war eine methodische Voraussetzung fuer die Untersuchung. Die hohe Interrater-Reliabilitaet erlaubt es, die Beurteilungen durch den Untersucher mit den Fragebogenergebnissen (vgl. Abbildung 16 und vgl. Tabelle 26) zu vergleichen.

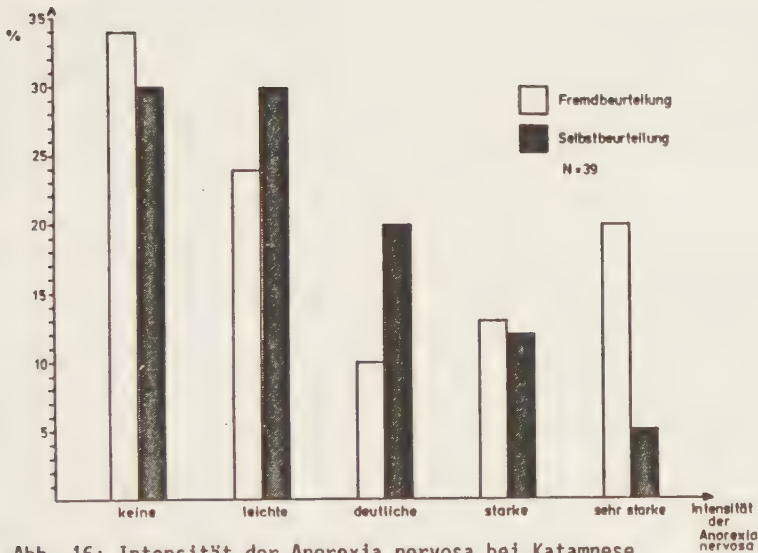


Abb. 16: Intensität der Anorexia nervosa bei Katamnese.
Aufschlüsselung nach Selbst- und Fremdbeurteilung.

KORRELATIONEN		
Vergleich: Beurteilung des psychischen Zustands des Patienten bei Katamnese 1) Selbstbeurteilung 2) Beurteilung durch den Untersucher	N	Korr.
Intensität der Kardinalsymptomatik	39	.880 ***
Intensität bei Katamnese im Vergleich zur Intensität bei Aufnahme	39	.780 ***
Intensität bei Katamnese im Vergleich zur Intensität bei Entlassung	39	.631 ***
Therapiebedürftigkeit	39	.733 ***
Intensität anderer psychischer Symptome	39	.112 n.s.
Beeinträchtigung Umwelt	39	.477 ***
Beeinträchtigung Selbstversorgung	39	.246 n.s.
Beeinträchtigung Leistungsfähigkeit		
Schule	15	.923 ***
Arbeit	21	.527 **
Haushalt	23	.346 n.s.
Soziale Isolation	39	.285 n.s.
Beeinträchtigung Freizeitgestaltung	39	.302 *
Zustand bei Entlassung	39	.461 *
Sexuelle Störungen (+)	39	n.s.
Selbstmordversuch (+)	39	-
Selbstmordgedanken (+)	39	.414 **

Tab. 26: Obereinstimmung der Beurteilung des Untersuchers mit der Selbstbeurteilung

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
 (Spearman Korr.Koeff. $p < .01 = **$
 bzw. $\chi^2 (+)$ $p < .05 = *$

Die Tabelle wies generell auf hohe Uebereinstimmung zwischen der Beurteilung des Untersuchers und der Selbstbeurteilung hin. Es gab keine Uebereinstimmung bezueglich der Beurteilung anderer psychischer Symptome ($r = .112$). Dies kann so erklart werden, dass anorektische Patienten, vor allem die genannten sozialen Aengste und neurotisch depressiven Verstimmungen mit ihrer anorektischen Symptomatik eng verknuepft betrachten, und in diagnostischen Differenzierungen nicht geuebt sind. Ferner unterscheiden sich die Beurteilungen der Selbstversorgung ($r = .246$). Die Patienten sehen hier einen staerkern Zusammenhang mit der Anorexia nervosa als der Untersucher. Der Untersucher argumentiert, dass die reale Situation in den meisten Faellen gar nicht gegeben war, in der sich die Patienten selbst haetten versorgen muessen. Als Jugendliche und hauptsaechlich Schulpflichtige wurden sie - wie Gleichaltrige - vorwiegend noch von den Eltern versorgt. Der anorektische Patient hingegen beschreibt eine deutliche Parallelitaet zwischen Intensitaet der Anorexia nervosa und Beeintraechtigung der Selbstversorgung (vgl. Tabelle 26). Interessant ist die diskrepante Beurteilung der Beeintraechtigung der Freizeitgestaltung. Im Gegensatz zum Untersucher sehen anorektische Patienten keinen Zusammenhang zwischen der Intensitaet ihrer Stoerung und der beeintraechtigten Freizeitgestaltung (vgl. Tabelle 26).

4.3.5. Zusammenfassung und Diskussion

Die Patienten kamen durchschnittlich nach 3 3/4 Jahren zur Nachuntersuchung. Einige Patienten waren inzwischen verheiratet, viele hatten ihre Schule abgeschlossen und waren berufstaetig.

10% waren inzwischen verstorben. Ueber die Haelfte der Patienten

kam nach Ansicht des Untersuchers wie auch der Patienten selbst, ohne therapeutische Hilfe zurecht. Demgegenueber hatten 17 Patienten noch deutliche bis sehr ausgepraegte anorektische Symptome und eine Behandlung wurde z.T. dringend empfohlen und auch vom Patienten selbst gewuenscht.

Zur Beurteilung des psychischen Zustandes des Patienten scheint die globale Einschaeztung der Intensitaet geeigneter als die Gewichtsbeurteilung (als einziges Kriterium). Es hat den Anschein, als ob sozio-kulturelle Normen, gesellschaftlich gepraeigte Schoenheitsideale zu einer unproblematischeren Betrachtung des faktischen Untergewichts fuehren. Fehlen soziale Desintegration und andere anorektische Symptome, wird dem Untergewicht eher ein geringerer Krankheitswert zugeordnet. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, da in einigen Untersuchungen neben der zweifellos wesentlichen Beurteilung des Gewichts keine weiteren Einschaeztungen vorgenommen werden.

Als wichtige Beurteilungen haben sich vor allem auch soziale Komponenten herausgestellt. In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass anorektische Patienten trotz extrem ausgepraegter Symptomatik z.T. in der Lage sind zu arbeiten. Diese Arbeitsleistung ist sicherlich symptombedingt. Anorektische Patienten sind sehr leistungsorientiert in Schule und Arbeit. Sie suchen nach Lob und Bestaetigung. Ferner sind Ueberaktivitaet, starker Bewegungsdrang bekannte Leitsymptome. Trotz extremer Kachexie wird Leistungssport haeufig gesehen, d.h. die Patienten zeigen soziale Aktivitaeten, die allgemein akzeptiert und belohnt werden. Im Falle der Anorexia nervosa aber Krankheitswert haben. Diese Feststellung ist wichtig, weil

gute Arbeitsleistungen n i c h t auf geringe Intensitaet der Anorexia nervosa schliessen lassen. Die Beurteilungen der sozialen Kontaktfahigkeit des Patienten sind besonders zu beachten. Beschreibungen des Patienten, fast immer alleine zu sein, keine Freunde oder Bekannte zu haben, gemieden zu werden und von sich selbst aus auch keinen Kontakt zu suchen, weisen in den meisten Faellen einen starken Zusammenhang mit einer hohen Intensitaet anorektischer Symptomatik insgesamt auf.

Fehlende Interaktionsschwierigkeiten innerhalb der Familie beduerfen ebenfalls starker Beachtung. Haeufig findet sich ein in ihrer Rolle als Frau enttaeuschte, sich selbstlos fuer die Kinder aufopfernde Mutter in diesen Familien. Der Vater zeichnet sich oft auch durch physische oder emotionale Abwesenheit aus. Der Patient hat haeufig in einem solchen familiaeren Milieu nicht die Moeglichkeit der Selbstentfaltung.

4.3.6. Auswahl von Katamnesekriterien zur Ueberpruefung der prognostischen Relevanz einzelner Faktoren

Um den psychischen Zustand der nachuntersuchten Patienten zu beschreiben, wurden diagnosespezifische, allgemein klinische und soziale Aspekte herangezogen. Ferner wurden Fremd- und Selbstbeurteilungen beruecksichtigt und zwischen uebergreifenden (globalen) und differenzierten Beurteilungsaspekten unterschieden. Die prognostische Relevanz einzelner Merkmale fuer den ausserklinischen Verlauf sollen jedoch nur anhand der Katamnesekriterien ueberprueft werden, die den katamnestischen Zustand am wesentlichsten beschreiben.

4.3.6.1. Statistische Ueberpruefung des Zusammenhangs verschiedener Beschreibungskriterien untereinander

Die Katamnese-kriterien wurde aufgrund inhaltlicher Ueberlegungen bereits vor der statistischen Ueberpruefung reduziert. Von den Selbstbeurteilungen wurden lediglich die standardisierten Beurteilungsskalen einbezogen. Normative Vergleichsmoeglichkeiten erschienen uns zur Ueberpruefung der Prognosefaktoren wichtiger als Vergleiche zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen. Zur besseren Vergleichsmoeglichkeit mit katamnestischen Ergebnissen in der Literatur erschienen uns globale Fremdbeurteilungsmasse angebrachter als Einzelbeurteilungen. Bei den Sozialbeurteilungsaspekten wurden deshalb lediglich die globale Einschaeztung der sozialen Adaptationsfaehigkeit mit einbezogen. Der besseren Uebersichtt halber werden die Zusammenhaenge zwischen den verschiedenen Beurteilungsaspekten nach bestimmten Kategorien getrennt dargestellt und diskutiert (vgl. Tabelle 27, Tabelle 28, Tabelle 29 und 16b).

	Beschwerdenwert (B)	Paranoidwert (P)	Depressivitätswert (D)	B + P + D	Anxiousdepressive (ANX) + Impaired Functioning (IMP)	KSb-S + IMPS
Beschwerdenwert (B)						
Paranoidwert (P)	0.6525 ***					
Depressivitätswert (D)	0.8333 ***	0.6661 ***				
B + P + D	0.9306 ***	0.7851 ***	0.9483 ***			
Anxious depressive (ANX) + Impaired Functioning (IMP)	0.4665 **	0.2986 *	0.5075 ***	0.5147 ***		
KSb-S + IMPS	0.7930 ***	0.6569 ***	0.8841 ***	0.8444 ***	0.8576 ***	

Tab. 27: Zusammenhang zwischen standardisierten Fremd- und Selbstbeurteilungen aller klinisch-pathologischer Aspekte bei anorektischen Patienten. Aufschlüsselung nach Einzelskalen bzw. -syndromen und Skalen- bzw. Syndromkombinationen.

Signifikanzniveau:

(Pearson Korr.Koeff.)

$p < .001 = ***$

$p < .01 = **$

$p < .05 = *$

	Prozentuales Idealgewicht	Intensität der Anorexia nervosa	Intensität diagnoseunspezifischer Symptome	Beurteilte Therapiebedürftigkeit	soziale Beeinträchtigung	Verlaufstyp (gebessert/verschlechtert/unverändert)	Global Assessment scale
Prozentuales Idealgewicht							
Intensität der Anorexia nervosa	- 3.251 *						
Intensität diagnoseunspezifischer Symptome	.1436 n.s.	.1608 n.s.					
Beurteilte Therapiebedürftigkeit	-.1799 n.s.	.7821 ***	.5627 ***				
soziale Beeinträchtigung	-.3636 **	.4252 ***	.4808 ***	.6587 ***			
Verlaufstyp (gebessert/verschlechtert/unverändert)	-.3816 **	.3543 *	.1558 n.s.	.4920 ***	.4615 ***		
Global Assessment Scale	.4220 **	-.8451 ***	-.4253 **	-.8789 ***	-.7058 ***	-.4759 ***	

Tab. 28: Zusammenhang zwischen neukonstruierten und übernommenen Fremdbeurteilungen klinischer sowie sozialer Aspekte.

Signifikanzniveau:

(Spearman Korr.Koeff.)

$p < .001 = ***$

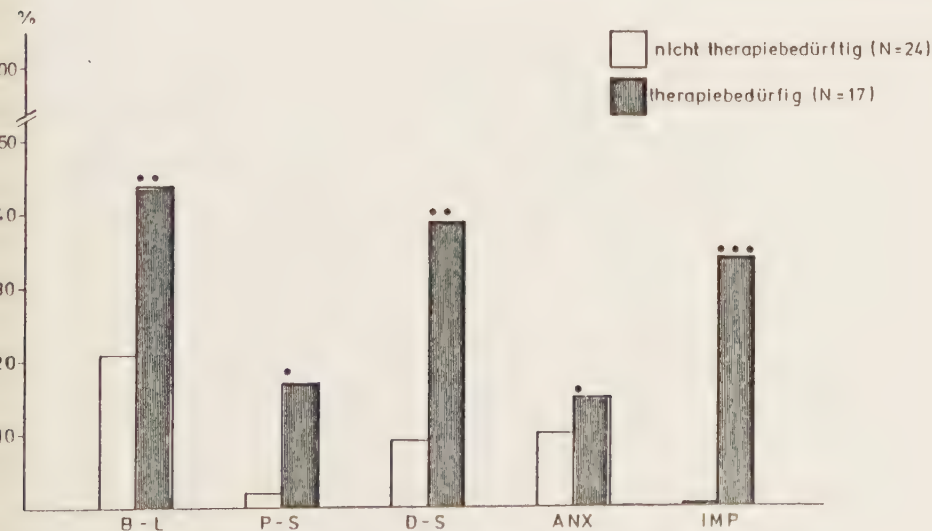
$p < .01 = **$

$p < .05 = *$

		Intensität Anorexie nervosa	Intensität diagnoseun- spezifi- scher Symptome	Beurteilte Therapie- bedürftig- keit	Soziale Beein- trächtigung	Verlaufs- typ (gebes- sert/unver- ändert/ver- schlechtert)	Global Assessment scale	Prozen- tuelles Idealge- wicht
Reschwerdenvert	B	.6263 ***	.1802 n.s.	.6227 ***	.6708 ***	.5419 ***	-.7008 ***	-.4036 **
Paranoidvert	P	.4376 **	.3252 *	.6376 ***	.4924 ***	.6352 ***	-.6138 ***	-.3302 *
Depressivitäts- wert	D	.6381 ***	.1887 n.s.	.6513 ***	.6768 ***	.6151 ***	-.7802 ***	-.5215 ***
Klinische Selbst- beurteilung- skalen	KSb-S	.6947 ***	.2286 n.s.	.7065 ***	.7017 ***	.6296 ***	-.7779 ***	-.4445 **
Multidimensionale Beurteilungsskalen f. Klinikpatienten	IMPS	.6751 ***	.3159 *	.7294 ***	.6274 ***	.5432 ***	-.7479 ***	-.3371 *
	KSb-S + IMPS	.7087 ***	.3548 *	.7769 ***	.7495 ***	.6247 ***	-.8406 ***	-.4398 **

Tab. 29: Zusammenhang zwischen standardisierten Fremd- und Selbstbeurteilungen allgemein klinisch pathologischer Aspekte bei anorektischen Patienten und neukonstruierten, übernommenen Fremdbeurteilungen klinischer und sozialer Aspekte.

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
 (Spearman Korr.Koeff.) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$



16 b: Mediane in Prozent des möglichen Maximalwertes der standardisierten Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) und Fremdbeurteilungsskalen (IMPS). Aufschlüsselung nach therapiebedürftigen und nicht therapiebedürftigen anorektischen Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese.

Signifikanzniveau des Unterschieds: $p < .001 = ***$
 (Mann Whitney U-Test) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Die Korrelationen zwischen den standardisierten Beurteilungen sind alle signifikant (vgl. Tabelle 17). Die Korrelationen zwischen standardisierten Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) und den beiden zusammengefassten Syndromscores der standardisierten Fremdbeurteilungsskala (IMPS) sind unterschiedlich hoch. Die Höhe des Zusammenhangs zwischen KSb-S und IMPS ist primär durch inhaltlich analoge Beurteilungsaspekte zu erklären. Inhaltliche Entsprechungen liegen vor allem bei der selbstbeurteilten Depressionsskala (Depressionswert) und dem fremdbeurteilten anxious depression Wert (ANX) vor. Obwohl die höchsten Zusammenhänge innerhalb der standardisierten Selbstbeurteilungen mit den zusammengefassten KSb-S nachgewiesen wurden, sollen die Einzelskalen als Katamneseinstrumente herangezogen werden, um inhaltlich verschiedene Aspekte in die Interpretation mit einbeziehen zu können.

Je stärker das tatsächliche Gewicht dem Idealgewicht entspricht, desto geringer ist die Anorexie nervosa ausgeprägt, desto seltener ist der Patient sozial beeinträchtigt, desto häufiger ist der Verlaufstyp zwischen Entlassung und Katamnese signifikant verbessert und desto geringer ist die zusammengefasste globale soziale wie auch psychische Beeinträchtigung (GAS).

Der Zusammenhang des prozentualen Idealgewichts mit der fremdbeurteilten Therapiebedürftigkeit ist nicht signifikant. Trotz Untergewichts kann der Patient sozial gut integriert sein und leichte anorektische Symptome stellen nach Ansicht des Untersuchers keinen Anlass für eine therapeutische Intervention dar. Auch wegen diagnoseunspezifischer psychischer Symptome

wurden Anorexiepatienten nicht als therapiebeduerftig angesehen.

Der Rangreihe nach liegen bei der GAS die hoechsten Zusammenhaenge mit anderen Beurteilungsskalen vor, gefolgt von der beurteilten Therapiebeduerftigkeit, der Intensitaet der diagnosespezifischen Symptomatik und letztlich des prozentualen Idealgewichts. Der Verlaufstyp insgesamt, die globale soziale Beeintraechtigung und die Intensitaet diagnoseunspezifischer Symptome mit den anderen Ratingskalen interkorrelieren geringfuegig (vgl. Tabelle 28).

Die Gegenueberstellung standardisierter Testdaten mit den neukonstruierten und uebernommenen Beurteilungsskalen spiegeln im wesentlichen die Ergebnisse wider, die bei den Einzeldarstellungen bereits deutlich wurden (vgl. Tab. 29 und Abb. 16b). Die Beurteilung der Intensitaet diagnoseunspezifischer Symptome zeigt zum Teil keine bzw. lediglich geringe Zusammenhaenge mit anderen Beurteilungsaspekten. Die restlichen Beurteilungsaspekte korrelieren untereinander in relativ gleicher Hoehe, wobei der global assessment scale hierbei die hoehere und dem prozentualen Idealgewicht geringere Korrelationen nachgewiesen werden konnten. Die Klassifikation der Patienten nach ihrer angenommenen Therapiebeduerftigkeit zeigt insgesamt signifikante Zusammenhaenge mit pathologisch auffaelligen klinischen Merkmalen (vgl. Abb. 16b).

4.3.6.2. Zusammenfassung und Diskussion

Der katamnestische Befund wurde mit Hilfe standardisierter Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen beschrieben, ferner mit

neukonstruierten oder uebernommenen sozialen, diagnosespezifischen und diagnoseunspezifischen Beurteilungsskalen. Ziel dieses Kapitels ist es, die Katamnesekriterien auf eine kleinere Anzahl zu verringern. Die Reduktion soll aber noch gewaehrleisten, dass sowohl diagnosespezifische, allgemein klinische und soziale Aspekte repraesentiert bleiben. Anhand der Katamnesekriterien, die sich als repraesentativ erwiesen haben, soll in einem spaeteren Kapitel (vgl. Kapitel 4.6) die prognostische Bedeutung einzelner Risikofaktoren fuer den langfristigen Verlauf ueberprueft werden. Die Korrelationen standardisierter Beurteilungsaspekte sind insgesamt signifikant. Zu beruecksichtigen ist, dass von der standardisierten Fremdbeurteilungsskala (IMPS) lediglich zwei Syndromscores nachuntersuchte Anorexie-Patienten charakterisieren. Da in beide Syndromscores (anxious depression und impaired functioning) Syndrome eingehen, die fuer die Depression typisch sind, wurde eine Zusammenfassung vorgenommen und fuer weitere Analysen beibehalten. Auf eine Zusammenfassung standardisierter klinischer Selbstbeurteilungsskalen wurde hingegen verzichtet, obwohl der klinische Selbstbeurteilungsskala insgesamt die hoeheren Zusammenhaenge nachgewiesen werden konnten.

Die Diskussionsmoeglichkeit der Prognosevariablen unter Beruecksichtigung verschiedener klinischer, standardisierter Selbstbeurteilungsaspekte ist sicherlich von besonderem Interesse. Nicht alle neu konstruierte und uebernommenen Ratingskalen erwiesen sich fuer weitere Analysen als ausreichend bedeutsam. Die Intensitaet diagnose-unspezifischer Symptome bleibt weiterhin unberuecksichtigt, vor allem deshalb, weil das

Ausmass der Symptome selten zur Beurteilung einer Therapiebeduerftigkeit fuehrt. Die globale Einschaeztung der sozialen Beeintraechtigung wird ebenfalls fuer weitere Analysen vernachlaessigt, weil sehr starke Auspraegungen nicht vorhanden waren und vor allem die global assessment scale (GAS) soziale Aspekte mit einbezieht, den Bereich repraesentiert und normative Vergleichsmoeglichkeiten bietet. Der Verlaufstyp zwischen Entlassung und Katamnese wird zur Ueberpruefung der Prognosevariablen nicht mehr herangezogen, da die Interpretation lediglich Aussagen ueber Intensitaetsdifferenzen zulaesst, nicht aber ueber das noch vorhandene Ausmass der Intensitaet anorektischer Symptomatik.

Eine Reduktion der Katamnese Kriterien war moeglich. Diese Kriterien repraesentieren nach wie vor sowohl klinische als auch soziale Beurteilungsaspekte und sind z.T. normativ vergleichbar.

4.4. Beschreibung des Verlaufs zwischen Aufnahme, Entlassung und Katamnese.

Fuer ein genaueres Verstaendnis von zeitlichen Ablaeufen verschiedener Erkrankungen waeren differenzierte Datenerhebungen ueber die Zeit erforderlich. Zeitverlaeufoe koennen im Rahmen dieser Untersuchung jedoch nur angenaehert rekonstruiert werden. Die ueberwiegende Zahl der Zeitvergleiche reduziert sich auf "Vorher - Nachher"-Vergleiche also auf die Gegenueberstellung von zwei Zeitpunkten. Welche Zeiten (vor Aufnahme, Aufnahme, Entlassung, nach Entlassung, Katamnese) herangezogen werden, wird in erster Linie durch die vorhandenen Daten bestimmt. Wuenschenswert waere es, wenn klinische Frageboegen zur Selbstbeurteilung (KSb-S) zu den drei Zeitpunkten (Aufnahme,

Entlassung, Katamnese) vorlaegen, das wuerde einen relativ einfachen statistischen Vergleich erlauben. Leider liegen vollstaendige Datensaeetze aus der Zeit der Behandlung nur bei einigen wenigen Patienten vor, unter anderem deshalb, weil damals auf einigen Stationen die Frageboegen nicht routinemaessig vorgegeben wurden. Das schraenkt die Aussagekraft des Vergleichs bei den standardisierten Testdaten ein und fuer die Anorexiopatienten wurde deshalb darauf verzichtet. Im folgenden Abschnitt werden die Zeitverlaeuft mit Hilfe der Veraenderung der Intensitaet insgesamt (vgl. Tabelle 30 und Tabelle 31) des Gewichtsverlaufs (vgl. Abbildung 17 und Tabelle 32) und der Frage des Syndromwandels beschrieben (vgl. Tabelle 33).

4.4.1. "Vorher-Nachher" Vergleiche der Zeitpunkte Aufnahme - Entlassung - Katamnese.

Inten- sität: Aufnahme	Zustand bei Entlassung					
	geheilt	gut ge- bessert	wenig ge- bessert	unver- ändert	ver- schlech- tert	
deutlich	2	2				4 (10%)
stark	4	8	3			15 (37%)
sehr stark	5	11	4	1	1	22 (54%)
	11 (27%)	21 (51%)	7 (17%)	1 (2%)	1 (2%)	41 (100%)

Tab. 30: Veränderung der Intensität. Vergleich: Intensität bei Aufnahme / Zustand bei Entlassung.

Inten- sität: Katamnese	Zustand bei Entlassung					
	geheilt	gut ge- bessert	wenig ge- bessert	unver- ändert	ver- schlech- tert	
keine	7	4	2		1	14 (34%)
leichte	2	7	1			10 (26%)
deutliche		3	1			4 (10%)
stark		3	1	1		5 (13%)
sehr stark	2	4	2			8 (20%)
	11 (27%)	21 (51%)	7 (17%)	1 (2%)	1 (2%)	41 (100%)

Tab. 31: Veränderung der Intensität der Anorexia nervosa. Vergleich: Entlassung/Katamnese

Die Beurteilung der damals behandelnden Therapeuten ergab in den meisten Fällen einen guten unmittelbaren Behandlungserfolg (32 = 78%). 7 (17%) Patienten waren etwas gebessert, in einem Fall trat während der Behandlung eine Verschlechterung ein und bei einem Patienten war der Gesamtzustand unverändert (vgl. Tabelle 30).

Zum Zeitpunkt der Katamnese wurden 24 (59%) der nachuntersuchten Patienten bezüglich ihrer Anorexia nervosa nicht mehr als behandlungsbedürftig beurteilt, während 17 (41%) Patienten deutliche bis sehr starke anorektische Symptome zeigten.

Von 32 (78%) geheilt bzw. gut gebesserten Patienten hatten 20 (63%) keine bzw. leichte Symptome und von 9 etwas gebesserten bis verschlechterten Patienten hatten 50% sowohl keine bzw. leichte als auch deutliche bzw. sehr starke Symptome. Der statistische Zusammenhang war jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat) (vgl. Tabelle 31).

Alle Patienten wurden bei Aufnahme, Entlassung und erneut bei der Nachuntersuchung vom Pflegepersonal gewogen (objektive Angaben). Die Gegenüberstellung der Gewichtsverteilung wird in Abbildung 17 dargestellt.

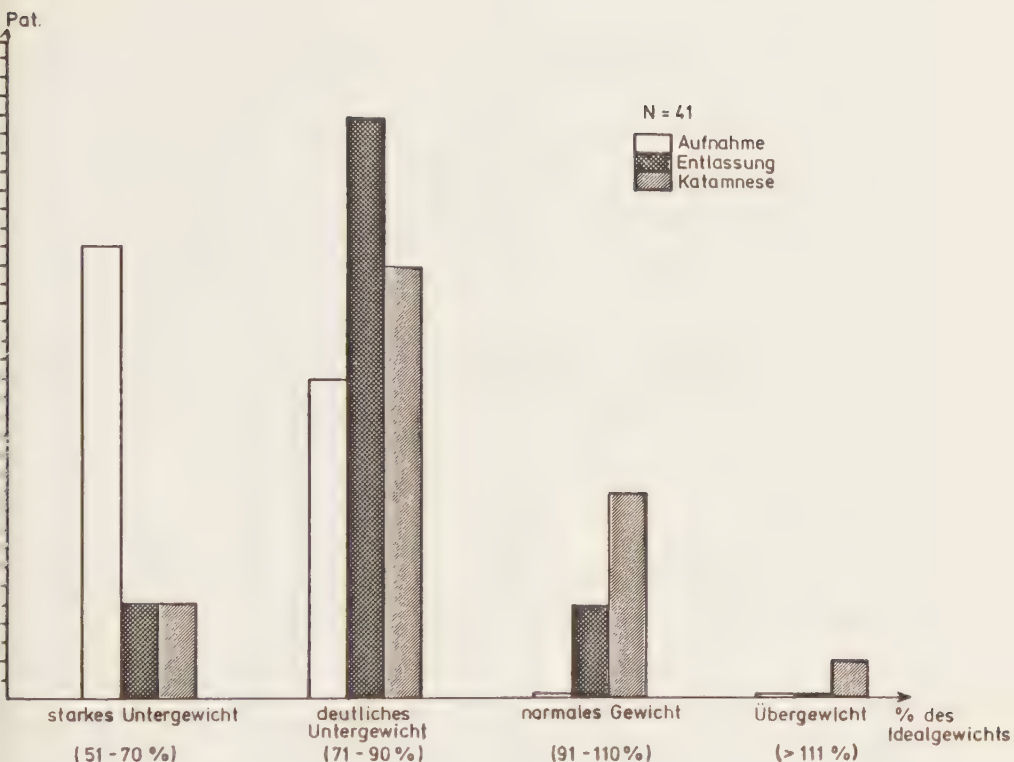


Abb. 17: Vergleich der Zeitpunkte Aufnahme - Entlassung - Katamnese. Aufschlüsselung nach Anzahl der Patienten in den Gewichtskategorien starkes, deutliches Untergewicht, normales Gewicht und Übergewicht in Prozent des Idealgewichts.

Insgesamt dominiert die Gewichtskategorie 71-90% unter dem Idealgewicht mit Ausnahme des Aufnahmegewichts, das erwartungsgemäss stark untergewichtig war. Interessanterweise lag das Entlassungsgewicht ueberwiegend deutlich unter dem Idealgewicht (76%), obwohl der damalige Untersucher zu 78% einen geheilten bzw. gut gebesserten Entlassungszustand konstatierte (vgl. Tabelle 30). Auch hier zeigt sich, dass der Gewichtsanstieg zwar ein wesentliches Besserungskriterium ist, dennoch die Gesamtbeurteilung letztlich nicht ausschliesslich

bestimmt. Nach Abschluss der Untersuchung wurden die Gewichtsveraenderungen den drei Verlaufstypen zugeordnet:

1. Gewichtszunahme: Das Gewicht betraegt zum Zeitpunkt der Katamnese mindestens 10% mehr als zum Zeitpunkt der Entlassung.
2. Gewichtsabnahme: Das Gewicht betraegt zum Zeitpunkt der Katamnese mindestens 10% weniger als zum Zeitpunkt der Entlassung.
3. Gewichtskonstanz: Das Gewicht hat sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung im Vergleich zur Entlassung nicht veraendert. ($\pm 10\%$).

Die Gegenueberstellung der Gewichte zu drei Zeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, Katamnese, vgl. Abbildung 17) zeigt, dass mit Ausnahme des Aufnahmegewichts ein deutliches Untergewicht dominiert. Im folgenden (Tabelle 32), werden die einzelnen Gewichtsverlaeuftypen den drei Gewichtstypen zugeordnet. Einer Rangordnung des Gewichts bei Katamnese wird zusaetzlich beruecksichtigt. Ferner die Globalbeurteilung der Intensitaet der Anorexia und die Beurteilung des Therapeuten, ob eine Behandlung erforderlich ist oder nicht.

Gewichtszunahme N = 10			
Differenz zwischen Entlassung/Katamnese > 10 %	Gewicht bei Katamnese in % des Idealgewichts	Intensität der Anorexia nervosa insgesamt (Fremdheurtelung)	Beurteilte Therapiebedürftigkeit
+ 44,50 %	130,00 %	1	nein
+ 46,55 %	112,18 %	3	ja
+ 22,50 %	107,25 %	1	nein
+ 16,50 %	102,87 %	0	nein
+ 35,14 %	102,47 %	0	nein
+ 13,66 %	97,43 %	0	nein
+ 16,93 %	96,47 %	0	nein
+ 20,71 %	93,09 %	0	nein
+ 11,42 %	92,18 %	0	nein
+ 17,05 %	81,39 %	0	nein

Gewichtsannahme N = 8			
Differenz zwischen Entlassung/Katamnese > 10 %	Gewicht bei Katamnese in % des Idealgewichts	Intensität der Anorexia nervosa insgesamt (Fremdheurtelung)	Beurteilte Therapiebedürftigkeit
- 11,35 %	77,58 %	4	ja
- 10,17 %	74,66 %	3	ja
- 16,57 %	74,38 %	4	ja
- 20,67 %	67,29 %	4	ja
- 34,48 %	65,90 %	3	ja
- 19,45 %	63,16 %	3	ja
- 25,04 %	61,17 %	4	ja
- 22,38 %	56,79 %	4	ja

Gewichtsabnahme N = 23			
Differenz zwischen Entlassung/Katamnese < - 10 %	Gewicht bei Katamnese in % des Idealgewichts	Intensität der Anorexia nervosa insgesamt (Fremdheurtelung)	Beurteilte Therapiebedürftigkeit
+ 6,46 %	93,34 %	0	nein
- 0,93 %	92,76 %	2	ja
+ 5,75 %	92,76 %	1	nein
+ 6,46 %	91,83 %	0	nein
+ 3,91 %	88,43 %	0	nein
+ 2,90 %	86,38 %	1	nein
- 8,81 %	86,23 %	0	nein
- 9,31 %	86,23 %	0	nein
+ 8,75 %	86,02 %	0	nein
+ 5,51 %	85,32 %	2	ja
+ 7,61 %	85,89 %	4	ja
+ 9,00 %	85,00 %	1	nein
- 3,45 %	84,56 %	0	nein
+ 3,26 %	83,87 %	1	nein
- 1,45 %	82,94 %	1	nein
- 1,76 %	81,25 %	1	nein
- 9,06 %	80,75 %	4	ja
- 7,00 %	79,12 %	1	ja
+ 2,15 %	79,41 %	1	nein
- 6,47 %	79,84 %	1	nein
- 6,49 %	77,92 %	1	nein
- 4,57 %	76,12 %	4	ja
- 2,66 %	76,74 %	2	nein

Tab. 32: Gewichtsverlauf zwischen Entlassung und Katamnese. Differenzierung nach Verlaufsrichtung sowie Beur-

Eine Gewichtskonstanz wurde am haeufigsten gesehen ($N=23$). Wobei bei drei Patienten durch eine geringe Gewichtszunahme von weniger als 10% ein normales Koerpergewicht erreicht wurde waehrend bei $N=20$ Patienten das Gewicht deutlich unter dem Idealgewicht lag. Verlaesst man die strenge Kategorisierung starkes, deutliches Untergewicht und Normalgewicht und akzeptiert 15% unter dem Idealgewicht noch als "normal", so zeigt sich bei 12 Patienten mit $> = 85\%$ des Idealgewichts seit Entlassung eine leichte Gewichtszunahme - im Gegensatz zu den 11 Patienten mit $< = 85\%$ des Idealgewichts die seit Entlassung leicht abgenommen haben. Zieht man die globale Intensitaet der Anorexia nervosa hinzu, so zeigt sich bei den Patienten mit $> 85\%$ des Idealgewichts haeufiger eine relative Symptommfreiheit (Intensitaet 0 = 6 Patienten) als bei Patienten mit weniger als 85% des Idealgewichts (Intensitaet 0 = 1 Patient). Es zeigt sich aber auch, dass bei mehr als 85% des Idealgewichts eine deutliche bis sehr starke anorektische Symptomatik vorliegen kann (Intensitaet 2 - 4 = 3 Patienten) und eine therapeutische Intervention empfohlen wird ($N=3$).

Patienten mit Gewichtsanstieg von mehr als 10% seit Entlassung, sind - bis auf 3 Ausnahmen - bei Katamnese vorwiegend normalgewichtig. Die Gegenueberstellung des Gewichts mit der Globalbeurteilung der Intensitaet zeigt, dass zwei Patienten mit mehr als 110% des Idealgewichts, insgesamt auch leichte bzw. starke psychische Symptome aufweisen, die auf eine Ess-Stoerung hinweisen. In einem Fall wurde eine therapeutische Hilfe empfohlen.

Patienten mit Gewichtsabnahme ($> 10\%$) seit Entlassung haben bei

Katamnese ein starkes bzw. deutliches Untergewicht und die Intensitaet der Anorexia nervosa insgesamt ist ausschliesslich stark bzw. sehr stark. Eine therapeutische Hilfe wurde in allen Faellen zum Teil dringend empfohlen.

4.4.2. Syndromwandel

Bei der Aufnahme zur stationaeren Behandlung im MPI-P standen die anorektischen Symptome eindeutig im Vordergrund des Krankheitsbildes, so dass die Diagnose "Anorexia nervosa" (ICD WHO 306.5) sichergestellt werden konnte. Es interessiert, ob zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach wie vor anorektische Symptome das Krankheitsbild des nicht stoerungsfreien Patienten praegen oder ob es psychische Symptome sind, die auf eine andere Diagnose hinweisen (vgl. Tabelle 33).

	Anorexia nervosa (N=41)		
	1 Dia- gnose	2 Dia- gnose	Differen- tial Dia- gnose
ohne psychische Symptome	12 (29%)		
Anorexia nervosa	27 (66%)		
Zwangs- neurose	1 (2%)		
andere Neurosen		1 (2%)	1 (2%)
Persönlichkeits- störung	1 (2%)	1 (2%)	
Psychosen			1 (2%)
	41 (100%)	2 (5%)	2 (5%)

Tab. 33: Diagnose zum Zeitpunkt der Katamnese

Zum Zeitpunkt der Katamnese hatten 14 der nachuntersuchten anorektischen Patienten keine Anorexia nervosa mehr (vgl. Tabelle 31). 12 Patienten waren insgesamt realativ stoerungsfrei (vgl. Tabelle 33). Bei 27 Patienten wurde eine Anorexia nervosa diagnostiziert. Die Verteilung der Intensitaeten war unterschiedlich (vgl. Abbildung 14). Bei einem Patienten gab es keine Hinweise auf die Anorexia nervosa, jedoch auf eine schizoide Persoenlichkeit. Eine andere Patientin zeigte deutlich Wasch- und Kontrollzwaenge. Eine Patientin hatte neben ihrer im Vordergrund stehenden Anorexia nervosa noch deutliche neurotisch depressive Symptome, bei einer weiteren Patientin lag eine markante Persoenlichkeitsstoerung neben der Anorexia nervosa vor. Bei zwei (5%) Patienten war die Diagnose zum Zeitpunkt der Katamnese nicht klar. In einem Fall wurde eine neurotisch depressive Entwicklung diskutiert, in einem zweiten Fall eine pseudoneurotische Schizophrenie.

Es gibt demnach keinen interpretierbaren Hinweis auf eine statistisch haeufig gesehene Verlagerung in andere diagnostische Kategorien.

4.4.3. Zusammenfassung und Diskussion

Die Darstellung der Zeitverlaeuft zwischen Aufnahme, Entlassung und Katamnese zeigt, dass erwartungsgemaess bei Aufnahme fast alle Patienten deutliche bis sehr starke Symptome aufwiesen und das Gewicht bei 59% der Patienten im Bereich 51 - 70% des Idealgewichts lag. Waehrend des stationaeren Aufenthaltes von durchschnittlich 2 1/2 Monaten wurden 78% als geheilt bzw. gut verbessert entlassen obwohl das Koerpergewicht zu 66% noch deutlich (71 - 90%) unter dem Idealgewicht lag. Es hat sich in

der Behandlung immer wieder gezeigt, dass die Patienten nicht bereit waren, ein hoeseres Entlassungsgewicht anzustreben. Die relativ starke Gewichtszunahme waehrend des stationaeren Aufenthalts verteilte sich in wenigen Faellen am Koerper gleichmaessig. Eine haeufig gesehene punktuelle Gewichtszunahme am Oberschenkel, Gesaess, Bauch oder im Gesicht loeste beim Patienten Unzufriedenheit aus. Weiterhin zeigte sich, dass das Pflegepersonal und die Therapeuten selbst, fehlende 10 - 15% des Idealgewichts in vielen Faellen als "normal" akzeptierten.

Die Gegenueberstellung der Gewichtsveraenderungen mit den globalen Intensitaetsbeurteilungen und der angenommenen Therapiebeduerftigkeit verdeutlicht, dass bei Gewichtsabnahmen von mehr als 10% seit Entlassung auch immer starke bis sehr starke anorektische Symptome vorliegen und eine professionelle Hilfe empfohlen wird. Gewichtsanstieg dagegen weist meistens auf eine relative Symptommfreiheit hin. Die Patienten - bis auf eine Ausnahme - kommen ohne fremde Hilfe zurecht. Bei Patienten mit relativer Gewichtskonstanz zeigt es sich deutlich, dass eine Begriffserweiterung des Normalgewichts auf 85% des Idealgewichts ratsam ist, weil in den meisten Faellen keine anorektische Symptomatik insgesamt beurteilt wurde und eine therapeutische Intervention nicht notwendig erschien. Ferner hat sich auch gezeigt, dass trotz Normalgewichtigkeit deutliche anorektische Symptome gesehen und eine Therapie empfohlen wurde.

63% der als geheilt bzw. gut gebesserten Patienten hatten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keine bzw. lediglich leichte anorektische Symptome. 50% der als wenig gebesserten bis verschlechterten Patienten zeigten nach wie vor deutliche bzw.

sehr starke Symptome und waren nach Ansicht des Untersuchers behandlungsbeduerftig. Bei einigen Patienten normalisierte sich das Gewicht zwischen Entlassung und Katamnese, ein deutliches Untergewicht dominierte jedoch nach wie vor. Die Diagnose bei Katamnese war primaer nach wie vor Anorexia nervosa. Die beurteilten Veraenderungen der Symptomatik bei ca. 15% geben keinen interpretierbaren Hinweis auf einen Syndromwandel.

4.5. Rekonstruktion der Verlaeuft zwischen Entlassung und Katamnese

Der Verlauf der Anorexia nervosa zwischen Entlassung und Katamnese ist unter mehreren Gesichtspunkten betrachtet worden. Zunaechst wurde der Verlauf der anorektischen Symptomatik insgesamt in Zusammenarbeit mit den Patienten rekonstruiert (vgl. 4.5.1) und ferner der Gewichtsverlauf gesondert beschrieben (vgl. 4.5.2.). Letztlich wurde die Zwischenanamnese durch Befragung psychischer Symptome und erneuter Behandlungen im katamnestischen Zeitraum erhoben. Die Rekonstruktion des Symptomverlaufs war bei 1 Patientin aus mangelnder Belastbarkeit nicht moeglich. Abbildung 18 und Abbildung 19 geben deshalb nur die Ergebnisse von 40 Symptomverlaeuften wieder.

4.5.1. Rekonstruktion der Symptomverlaeuft

Die vorlaeufig grobe Auswertung - eine genauere Analyse der Symptomverlaeuft im Zusammenhang mit positiven und negativen Lebensereignissen ist vorgesehen (WERNER-EILERT, in Vorbereitung) - beruecksichtigt zunaechst die Frage nach bestimmten Verlaufstypen.

4.5.1.1 Verlaufsrichtung

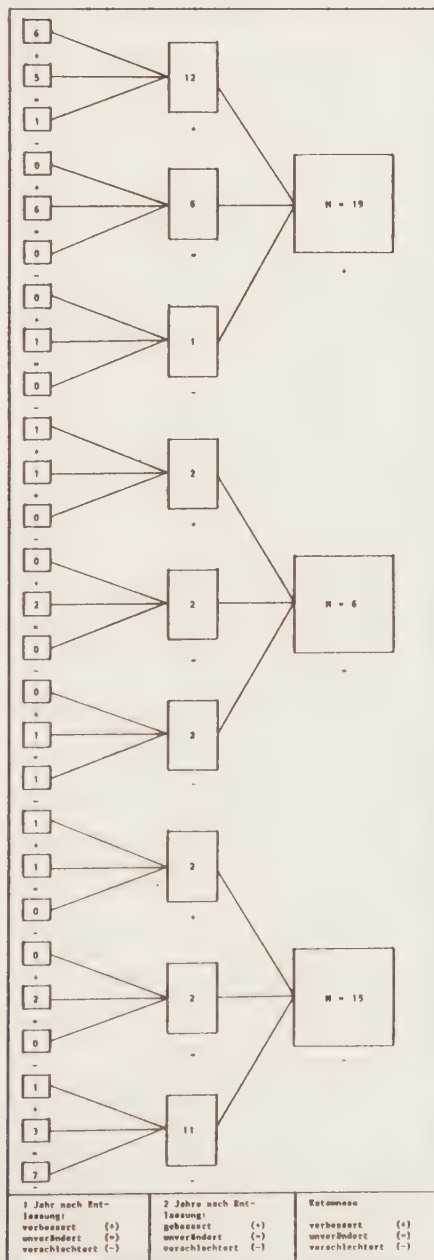


Abb. 18: Differenzierung des Verlaufs anorektischer Patienten. Aufschlüsselung nach Richtung der Veränderung 1 und 2 Jahre nach Entlassung und Verlaufstyp insgesamt zwischen Entlassung und Katamnese.

Abbildung 18 zeigte die Differenzierung der Krankheitsverlaeufe. Diese werden aufgeschlüsselt nach dem Verlaufstyp zwischen Entlassung und Katamnese sowie der Veraenderung der Symptomatik ein bzw. zwei Jahre nach Entlassung.

Unter dem Aspekt, ob sich bestimmte Verlaeufe zwischen Entlassung und Katamnese hinsichtlich ihrer Richtung (verbessert, unveraendert, verschlechtert) nachweisen lassen, erscheint der Verlaufstyp "verbessert" am haeufigsten (48%).

Unter Beruecksichtigung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem "verbesserten" Zustand bei Katamnese und der Richtung der Symptomveraenderung ein bzw. zwei Jahre nach Entlassung besteht, ist ein Jahr nach Entlassung der "unveraenderte" Zustand am haeufigsten (N=12) zu beobachten. Erst zwei Jahre nach Entlassung zeigt sich die Verbesserungstendenz eindeutiger (N=12). Bei den Patienten mit allgemeiner Tendenz zur "Verschlechterung" (N=15) zeigten sowohl im ersten als auch im zweiten Jahr nach Entlassung jeweils zwei Patienten einen verbesserten Zustand im Vergleich zur Entlassung. Im Verlauf veraenderten sich die "verschlechterten" Zustaeude nicht wesentlich. Dieses Ergebnis gilt nicht fuer die Patienten, deren Verlauf insgesamt unveraendert ist (N=6). Hier ist eher mit einer Variation des Verlaufs zu rechnen.

Ein Problem jedoch ist in dieser Art der Aufschlüsselung des Verlaufs nicht zu loesen: "Verbesserte" Symptomverlaeufe sind nicht gleichzusetzen mit psychopathologisch unauffaelligen Befunden. Das Ausmass der Symptomatik bleibt in einer solchen Darstellung unberuecksichtigt.

4.5.1.2. Verlaufsrichtung unter Beruecksichtigung des Intensitaetsniveaus der Anorexia nervosa

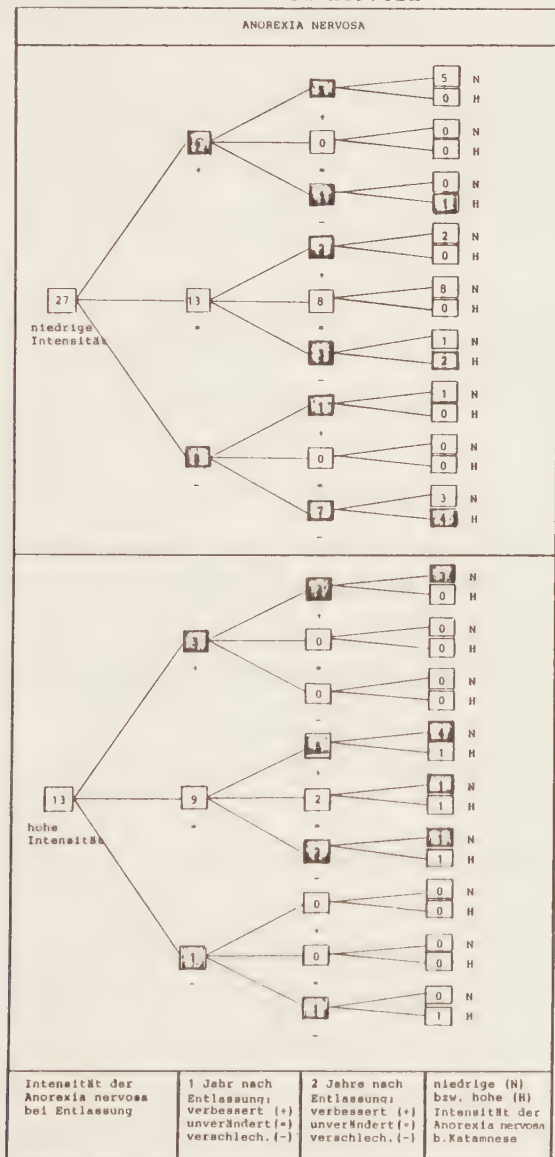


Abb. 19: Differenzierung des Verlaufs anorektischer Patienten. Aufschlüsselung nach niedriger / hoher Intensität bei Entlassung, Zustand 1-Jahr / 2 Jahre nach Entlassung; niedrige bzw. hohe Intensität bei Katamnese.



Intensität in Relation zum Entlassungsniveau verändert.



Intensität in Relation zum Entlassungsniveau unverändert

In Abbildung 19 wird der Symptomverlauf erneut aufgeschlüsselt und zwar unter den Aspekten:

1. Symptommiveau bei Entlassung,
2. Veraenderung der Symptomatik ein und zwei Jahre nach Entlassung und
3. Symptommiveau bei Katamnese.

Unter dem Aspekt, ob sich die Verlaeufer der Patienten mit niedriger bzw.

hoher Symptomintensitaet bei Entlassung unterscheiden, zeigt sich,

dass 20 (74%) Patienten mit n i e d r i g e m Intensitaetsniveau bei Entlassung auch zum Zeitpunkt der Katamnese nur geringe bzw. keine anorektischen Symptome mehr aufweisen.

Demgegenueber weisen nur 4 (31%) Patienten mit h o h e r Intensitaet bei Entlassung auch zum Zeitpunkt der Katamnese eine stark ausgepraegte Symptomatik auf.

Ob der Symptomintensitaet bei Entlassung eine prognostische Bedeutung zukommt,

wird in Kapitel 4.6 naeher analysiert.

Zur Beschreibung ob ein Zusammenhang zwischen der Veraenderung der

Symptomatik ein bzw. zwei Jahre nach Entlassung mit niedrigem bzw.

hohem Intensitaetsniveau bei Entlassung und Katamnese besteht, werden Verlaufstendenzen zusammengefasst, die in sich logisch zusammengehoeeren.

Fuer die Patienten mit niedrigem Entlassungsniveau wurden die beiden Verlaufstypen "verbessert" und "unveraendert

(gut)" im Vergleich zur Entlassung dem Verlaufstyp
 "verschlechtert"
 gegenuebergestellt.

Entsprechend wurden die beiden Verlaufsrichtungen "unveraendert
 (schlecht)" und "verschlechtert" im Vergleich zur Entlassung der
 Patientengruppe mit hohem Intensitaetsniveau zugeordnet.

Patienten mit n i e d r i g e r Symptomintensitaet bei
 Entlassung (N=27), die ein Jahr nach Entlassung keine
 Verschlechterung
 zeigen (N=19, 70%) und auch zwei Jahre nach Entlassung eine
 unveraendert
 geringe anorektische Symptomatik aufweisen (N=15) haben zum
 Zeitpunkt
 der Katamnese haeufiger ein niedriges Symptomintensitaetsniveau
 (N=15).

Diese positive Tendenz trifft nicht fuer die Patienten zu, die
 ein und zwei
 Jahre (N=7) nach Entlassung verschlechterte Krankheitszeichen
 aufweisen.

Bei dieser Patientengruppe wird zu 50% eine stark ausgepraegte
 Symptomatik gesehen und eine Therapie empfohlen.

In der Gruppe derjenigen Patienten mit h o h e m
 Entlassungsniveau
 (N=13), deren Symptome ein Jahr nach Entlassung nach wie vor
 stark ausgepraegt sind (N=10, 77%) zeigt sich hinsichtlich des
 Gesamtverlaufs
 eine hohe Variation.

Zum Zeitpunkt der Katamnese gaben 5 dieser 10 Patienten eine stark ausgepraegte Symptomatik an, mit der sie ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkamen und nach Beurteilung des Untersuchers therapeutisch angegangen werden sollte.

Patienten mit hoher Entlassungsintensitaet - jedoch verbesserter Symptomatik ein Jahr nach Entlassung (N=3, 23%) - zeigen alle bei Katamnese ein niedriges Symptommiveau und kommen ohne Behandlung zurecht.

4.5.2. Rekonstruktion des Gewichtsverlaufs nach Entlassung aufgrund objektiver und subjektiver Angaben.

In Zusammenarbeit mit den Patienten wurde der Gewichtsverlauf zwischen Entlassung und Katamnese rekonstruiert.

Als Hilfsmittel diente eine Verlaufsgrafik (Beispiel siehe Anhang 7), in die zunaechst die objektiven Gewichtsangaben bzgl. Aufnahme, Entlassung und Katamnese eingetragen wurden.

Ferner das ermittelte Idealgewicht (Geigy-Tabelle) des jeweiligen Patienten.

Die Veraenderung des Gewichtsverlaufs konnte z.T. fuer monatliche Zeitabschnitte gegeben werden. In vielen Faellen waren objektive Ueberpruefungsmoeglichkeiten der subjektiven Angaben durch vorliegende Arztbriefe, Krankengeschichteintragungen, erneute stationaere Aufenthalte etc. moeglich.

Dabei wurde immer wieder deutlich, dass sich subjektive und objektive

Angaben entsprachen.

Nach Abschluss des Interviews ist jede Gewichtskurve anhand von 8 Kriterien (vgl. Tabelle 34) beurteilt worden:

1. Entlassungsgewicht in Relation zum Idealgewicht
2. Zeitspanne bis sich zum erstenmal eine deutliche
Veraenderung ergeben hat
3. Richtung der Gewichtsveraenderung innerhalb des ersten
Jahres nach Entlassung
4. und 5. Gewicht ein und zwei Jahre nach Entlassung
in Relation zum Idealgewicht
6. Realgewicht im Vergleich zum Idealgewicht
7. Verlaufstyp insgesamt
8. Gewicht zum Zeitpunkt der Katamnese in Relation zum
Idealgewicht

Entlassungsgewicht in Prozent des Idealgewichts	N	Z
51 - 70 %	5	12 %
71 - 90 %	31	76 %
91 - 110 %	5	12 %
	41	100 %

Wichtung der 1. Gewichtsveränderung innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung	N	Z
Gewichtszunahme	15	37 %
Gewichtsabnahme	15	37 %
Gewichtskonstanz	11	27 %

Realgewicht im Vergleich zum Idealgewicht	N	Z
Das Realgewicht hat das Idealgewicht mindestens 1 x um 5% und mehr überschritten	9	22 %
Das Realgewicht hat das Idealgewicht mindestens 1 x erreicht	7	17 %
Das Realgewicht war nie höher als 5% unter dem Idealgewicht	4	10 %
Das Realgewicht war nie höher als 10% unter dem Idealgewicht	7	17 %
Das Realgewicht war nie höher als 15% unter dem Idealgewicht	13	32 %
nicht zu beurteilen	1	2 %

Gewicht bei Katamnese in Prozent des Idealgewichts	N	Z
51 - 70 %	5	12 %
71 - 90 %	23	56 %
91 - 110 %	11	27 %
110 %	2	5 %
	41	100 %

Zeitspanne bis zur 1. deutlichen Gewichtsveränderung	N	Z
2 Monate nach Entlassung	13	32 %
2 - 6 Monate nach Entlassung	12	29 %
6 - 12 Monate nach Entlassung	5	12 %
innerhalb des 2. Jahres	-	-
innerhalb des 3. Jahres u. später	6	15 %
nicht zu beurteilen	5	12 %

Gewicht 1 + 2 Jahre nach Entlassung in Prozent des Idealgewichts	1. Jahr		2. Jahr	
	N	Z	N	Z
51 - 70 %	4	10 %	4	10 %
71 - 90 %	28	68 %	29	71 %
91 - 110 %	6	15 %	5	12 %
110 %	3	7 %	1	2 %
nicht zu beurteilen			2	5 %
	41	100 %	41	100 %

Gewichtverlaufstyp insgesamt	Diff. 5%		Diff. 10%	
	N	Z	N	Z
Gewichtszunahme	18	44 %	10	24 %
Gewichtsabnahme	14	34 %	8	20 %
Gewichtskonstanz	9	22 %	23	56 %
	41	100 %	41	100 %

Tab. 34: Beschreibung des Gewichtsverlaufs zwischen Entlassung und Katamnese.

Die meisten Patienten hatten ein Entlassungsgewicht von 71 bis 90% des Idealgewichts. Die erste Gewichtsveraenderung fand vorwiegend entweder unmittelbar oder innerhalb der ersten 6 Monate nach Entlassung statt. Sowohl ein als auch zwei Jahre nach Entlassung hat sich die Relation zwischen den drei Gewichtskategorien im Vergleich zum Entlassungsgewicht nicht veraendert. Betrachtet man den Gesamtverlauf, so zeigt sich, dass bei 20 (49%) Patienten das Realgewicht in Relation zum Idealgewicht nie mehr als 90% betrug, d.h. immer ein deutliches Untergewicht vorlag. Bei den Gewichtsverlaeufen wird eine Gewichtszunahme etwas haeufiger gesehen, wenn Gewichtsveraenderungen von 5% zugrunde gelegt werden. Unter Einbeziehung zehnprozentiger Gewichtsschwankungen dominiert ein "unveraenderter" Verlaufstyp (vgl. Tab. 32). Das Gewicht bei Katamnese wurde vorwiegend der Kategorie "deutliches Untergewicht" zugeordnet.

4.5.3. Zwischenanamnestische Beschreibungsmerkmale

Im katamnestischen Interview wurde der Patient gebeten, retrospektiv zu beurteilen, ob psychische Symptome nach Entlassung neben seiner Anorexia nervosa im engeren Sinne aufgetreten sind (vgl. Anhang 10). Es zeigte sich, dass die Patienten aufgrund mangelndem Erinnerungsvermoegen oder unzureichender Wahrnehmungsfahigkeit psychischer Veraenderungen, sehr selten zeitlich genaue Zuordnungen treffen konnten. Die Rangordnung genannter Symptomarten war: soziale Aengste (29%), neurotisch depressive Verstimmung (20%), Alkoholabusus (7%) und Zwangssymptome (7%) (Mehrfachnennungen waren moeglich). Diese Symptome stehen mit dem katamnestischen Zustand in folgendem Zusammenhang (vgl. Tabelle 35).

ANOREXIA NERVOSA (N = 41)						
Intensität bei Katamnese						
Art des Symptoms	keine (N=14)	leichte (N=10)	deutliche (N=4)	starke (N=5)	sehr starke (N=8)	n
Soziale Ängste	2	3	1	3	3	12 (29%)
neurotisch-depressive Verstimmung		4		1	3	8 (20%)
psychosomatische Störungen	1	3		2	1	7 (17%)
Alkoholabusus	1		1		1	3 (7%)
Zwangssymptome	1	1			1	3 (7%)
Sonstige				1		1 (2%)
	5 (12%)	11 (27%)	2 (5%)	7 (17%)	9 (22%)	34

Tab. 35: Beziehung zwischen der Art diagnoseunspezifischer Symptome und Intensität der Anorexia nervosa zum Zeitpunkt der Katamnese. Angegeben ist die Anzahl der Symptombenennungen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Es besteht keine Zunahme von anderen Symptomen bei hoher Intensität der Anorexia nervosa.

Zur Erfassung erneuter therapeutischer Interventionen nach Entlassung aus dem MPI-P wurde derselbe standardisierte Bogen herangezogen, der Therapien vor Aufnahme zur stationären Behandlung im MPI-P festhalten sollte (vgl. Anhang 11). Die Voraussetzungen, reliable Daten zu erfassen, waren in diesem Fall jedoch besser. Im Interview wurde bei jedem Patienten jeder Einzelaspekt erfragt. Von wann bis zu welcher Zeit fand eine

erneute ambulante bzw. stationaere Behandlung statt, wo wurde die Therapie durchgefuehrt, welche Beschwerden und wie wurden diese behandelt. Fehlerfrei sind die Angaben der Patienten trotz systematischer Befragung nicht. Oft fehlt das Erinnerungsvermoegen um ueber die Katamnesedauer von bis zu 8 Jahren zeitlich genaue Zuordnungen zu treffen. Weiterhin war einigen Patienten die Behandlungsart nicht bewusst, so dass von Beschreibungen auf eine bestimmte Behandlungsmethode zurueckgeschlossen werden musste.

Nach Entlassung aus stationaerer Behandlung im MPI-P waren 13 (33%) Patienten weder in ambulanter noch stationaerer Behandlung. Die Behandlungsdauer der Patienten, die nach Entlassung aus dem MPI-P erneut stationaer behandelt werden mussten, betrug mindestens 1, maximal 331 Tage, d.h. im Mittel 57 Tage. Bei der Darstellung erneuter Behandlungen wird wieder die Aufschluesselung nach Institutionen (Tabelle 36) und Behandlungsmethoden (Tabelle 37) vorgenommen.

		Anorexia nervosa N = 26			
		Behandlungsanlaß			
		Anorexia nervosa	andere Störungen	Anorexia nervosa u. andere Störungen	
		n	n	n	
stationär	Institutionen				
	MPI (stat.u./od.amb.)	23	-	-	23 (25%)
	Internistische Klinik	7	12	2	21 (23%)
	Psychiatrische Klinik	5	1	-	6 (6%)
ambulant	Kurklinik	-	1	2	3 (3%)
	Arzt f.Allgem.Medizin	3	2	4	9 (9%)
	Psychologe	4	3	1	8 (8%)
	Nervenarzt	5	1	1	7 (7%)
	Gynäkologe	7	-	-	7 (7%)
	Psychotherapeut	3	-	1	4 (5%)
	Heilpraktiker	-	-	-	-
	Sonstige	1	2	-	3 (3%)
		58	22	11	91 (100%)

Tab. 36: Behandlungen nach Entlassung aus dem MPI-P. Aufschlüsselung nach Behandlungsanlaß und Institutionen (Mehrfachnennungen möglich).

Anorexia nervosa N = 26				
Behandlungsanlaß				
Behandlungsmethoden	n	n	n	
Medikamentöse	14	9	5	28 (31%)
psychiatrisch unterstützende Gespräche	20	4	3	27 (30%)
Verhaltenstherapie	14	-	-	14 (15%)
Gruppenanalyse	2	-	1	3 (3%)
Kur	1	1	1	3 (3%)
Komb.Verhaltenstherapie und Medikamente	-	-	-	-
Psychoanalyse einzeln	-	-	-	-
Autogenes Training	-	-	-	-
Komb. Psychoanalyse und Medikamente	-	-	-	-
Akupunktur	-	-	-	-
Sonstige	1	8	-	9 (10%)
nicht zu beurteilen	6	-	1	7 (8%)
	58	22	11	91 (100%)

Tab. 37: Behandlungen nach Entlassung aus dem MPI-P. Aufschlüsselung nach Behandlungsanlaß und

Unter den nach Abschluss der stationaeren Behandlung im MPI-P erfolgten Nachbehandlungen dominieren die psychiatrisch - psychotherapeutischen Massnahmen (25%). An erster Stelle liegen Weiterbehandlungsmassnahmen des MPI-P (25%), entsprechend dem Konzept, stationaere in ambulante Behandlungen uebergehen zu lassen. Relativ hoch liegen die Anteile internistischer Behandlungsmassnahmen. Nervenfachaerztliche und psychologische Behandlungen erhalten rund $1/3$ der nachuntersuchten anorektischen Patienten. Die angewandten Behandlungsmethoden haben sich im Verlauf nach Entlassung aus dem MPI-P im Vergleich zu den Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P z.T. veraendert. Die haeufigsten Behandlungsformen sind von medikamentoeser Art (38%) als auch psychiatrisch unterstuetzende Gespraechе (30%), waehrend Verhaltens- bzw. andere Therapiemassnahmen mit weniger als $1/3$ deutlich niedriger liegen. An weiteren Behandlungsmethoden wurden genannt Hypnose, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse und psychoanalytische Kurztherapie.

4.5.4. Zusammenfassung und Diskussion

Der Krankheitsverlauf zwischen Entlassung und Katamnese wurde in Zusammenarbeit mit den Patienten rekonstruiert. Zunaechst wurde mit Hilfe einer Verlaufsgrafik sowohl der Symptomverlauf insgesamt, dann der Gewichtsverlauf aufgezeichnet und abschliessend anhand eines strukturierten Leitfadens nach psychischen Symptomen und erneuten Behandlungen im katamnestischen Zeitraum gefragt.

Von den 6 Typen (siehe Anhang 9) des Symptomverlaufs insgesamt wurden jeweils die 2 zusammengefasst, die einer Verlaufsrichtung entsprachen. Eine Betrachtung der 6 einzelnen Verlaufstypen war

wegen der geringen Anzahl der Patienten unter statistischen Gesichtspunkten nicht sinnvoll. Die Verlaeufe wurden dahingehend analysiert, ob sich zwischen Entlassung und Katamnese bestimmte Verlaufstypen hinsichtlich ihrer Richtung (verbessert, unveraendert, verschlechtert) nachweisen lassen und ob es einen Zusammenhang zwischen bestimmten Verlaeuften und der Richtung der Symptomveraenderung ein Jahr bzw. zwei Jahre nach Entlassung gibt. Dabei zeigte sich, dass ca. die Haelfte der Patienten insgesamt gebessert, etwas weniger als ein Drittel unveraendert und etwas mehr als ein Drittel verschlechtert waren. Es hat sich gezeigt, dass Patienten, die bereits ein Jahr nach Entlassung die Intensitaet ihrer Symptomatik veraendert haben (verschlechtert bzw. verbessert) auch zwei Jahre nach Entlassung diese Tendenz verstaerken und mit grosser Wahrscheinlichkeit auch der Verlauf insgesamt in die gleiche Richtung geht. Die unveraenderten Verlaeufe (dies ist ein Jahr nach Entlassung bei mehr als der Haelfte der Fall) variieren in ihrer Intensitaet.

Dieses Ergebnis legt nahe, dass Einjahreskatamnesen, die den langfristigen Verlauf lediglich mit Differenzmassen (gebessert, unveraendert, verschlechtert) beurteilen, wenig aussagekraeftig sind. Es ist keine Aussage moeglich, ob:

1. ein verbesserter Zustand mit relativer Symptommfreiheit und
2. verschlechterte Verlaeufe mit behandlungsbeduerftigen Zustaaenden gleichzusetzen sind.

Ferner trifft die Beurteilung eines unveraenderten Verlaufs ein Jahr nach Entlassung auf die meisten Patienten zu, ohne auszuweisen, ob sie unveraendert geringe/starke anorektische Symptome zeigen. Letztlich verdeutlichen sich die

Verlaufstendenzen erst im zweiten Jahr.

Die Analyse der Verlaeufe wurde deshalb unter veraendertem Gesichtspunkt vorgenommen. Die Frage ist jetzt, ob sich die Verlaeufe der Patienten mit n i e d r i g e r bzw. h o h e r Intensitaet bei Entlassung unterscheiden. 74% der Patienten mit niedrigem bzw. 69% der Patienten mit hohem Intensitaetsniveau bei Entlassung zeigen zum Zeitpunkt der Katamnese eine geringe Symptomintensitaet. Die Frage, ob das Intensitaetsniveau bei Entlassung fuer den kurzfristigen Verlauf (ein bzw. zwei Jahre nach Entlassung) und dem langfristigen Verlauf eine prognostische Bedeutung hat, wird in einem spaeteren Kapitel 4.6 diskutiert. Unveraenderte Verlaeufe blieben unberuecksichtigt.

Letztlich wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Veraenderung der Symptomatik ein Jahr oder zwei Jahre nach Entlassung bei niedrigem bzw. hohem Intensitaetsniveau bei Entlassung und der Intensitaet bei Katamnese besteht. Um die vielen Patienten mit unveraenderten Symptomverlaeufen, ein Jahr und zwei Jahre nach Entlassung, nicht unberuecksichtigt zu lassen, wurde nach logischen Gesichtspunkten eine Zuordnung getroffen.

Die Symptomverlaeufe (unabhaengig vom Entlassungsniveau), die ein Jahr nach Entlassung eine veraenderte bzw. unveraendert stark ausgepraegte Symptomatik zeigen, (N = 18), weisen im weiteren Verlauf insgesamt eine starke Variabilitaet ihrer Symptomatik auf. Bei Katamnese werden sowohl eine stark ausgepraegte anorektische Symptomatik als auch symptomfreie Faelle gesehen. Auffrischungstherapien ein Jahr nach Entlassung anzubieten,

erscheint sinnvoll, um eine hoehere Stabilitaet des Symptomverlaufs zu erreichen und die Wahrscheinlichkeit langfristig positiver Verlaeuft zu erhoehen. Feinere Analysen sind bzgl. der Variabilitaet des Symptomverlaufs erforderlich. Wurden Nachbehandlungen ausgeblendet oder erneute Behandlungen in Anspruch genommen oder aber ist die Symptomveraenderung durch Lebensereignisse zu erklaren. Einjahreskatamnesen genuegen sicherlich nicht, um gesicherte prognostische Aussagen und Therapieverbesserungen ableiten zu koennen.

Die Deskription des Gewichtsverlaufs zeigte im wesentlichen, dass die staerksten Gewichtsveraenderungen unmittelbar oder innerhalb der ersten 6 Monate nach Entlassung eintraten, wobei keine Verlaufsrichtung dominierte. Weitere Untersuchungen sollten sich darauf konzentrieren, ob z.B. Gewichtsabnahmen beabsichtigt waren und wie sie erzielt wurden, d.h. ob durch typisch anorektische Symptome (Laxantien-Abusus, Erbrechen, Fasten) oder aber durch "Normalisierung" des Tagesablaufs. Die Frage nach zugrundeliegenden Motivationen bei Gewichtszunahme koennte u.U. zu Erkenntnissen fuehren und therapeutisch genutzt werden. Eine Veraenderung der Gewichtskategorien "deutliches Untergewicht" ist ratsam. Bei der Haelfte der Patienten betrug das Realgewicht nie mehr als 90% des Idealgewichts. In der Behandlung hat sich immer wieder gezeigt, dass sowohl beim Patienten als auch vom Pflegepersonal und den meisten weiblichen Therapeuten 15% unter dem Idealgewicht noch als normal und nicht als untergewichtig angesehen wurde. Es ist anzunehmen, dass sich in der Einstellung insgesamt eine Veraenderung des gesellschaftlichen Schlankheitsideals widerspiegelt.

Eindeutig dominierende Verlaufstypen des Gewichts konnten nicht festgestellt werden, wenn Gewichtsveraenderungen zwischen Entlassung und Katamnese von 5% zugrunde gelegt werden. Orientiert man sich hingegen an Gewichtsveraenderungen von 10% zwischen Entlassung und Katamnese, so dominiert der "Gewichtsverlaufstyp" unveraendert, der einer Gewichtskategorie von 71-90% des Idealgewichts entspricht. Als allgemeines Beschreibungskriterium fuer Krankheitsverlaeuftypen reicht der Gewichtsverlauf wohl kaum aus, vielmehr sind zusaetzliche Angaben zu symptomspezifischen und diagnoseunabhaengigen Variablen erforderlich. Zusaetzliche Analysen werden bedeutsam, inwieweit Gewichtsschwankungen mit psychischen Symptomen zusammenhaengen, (z.B. Gewichtsanstieg durch Alkoholabusus). Erneute ambulante oder stationaere Behandlungen fanden bei 2/3 der Patienten statt, wobei im Vergleich vor der Aufnahme fachspezifische (psychiatrisch-psychotherapeutische) Behandlungsmassnahmen zunahmen. Differenzierte Analysen sollten ueber die reine Deskription des Verlaufs hinausgehen und in Zeitreihenanalysen den Zusammenhang zwischen der Symptomveraenderung und verschiedenen Variablen gleichzeitig betrachten, wie z.B. Gewichtsveraenderung im Zusammenhang mit erneuten Behandlungen, anderen psychischen Symptomen und wichtigen Lebensereignissen.

4.6. Prognose

Viele katamnestische Untersuchungen verfolgen das Ziel spezifische Merkmale und soziale Ereignisse zu bestimmen, die Krankheitsverlaeuftypen langfristig veraendern. Im folgenden wird die prognostische Relevanz der in der Literatur aufgefuehrten Faktoren ueberprueft, als auch die Faktoren, die sich ferner aufgrund dieser Untersuchung als charakteristisch fuer die

Anorexia nervosa ergeben haben (vgl. Tabelle 38). Die Ueberpruefung wird an verschiedenen Katamnese-kriterien vorgenommen, die klinische und soziale Aspekte beruecksichtigen und zum Teil normativ vergleichbar sind. Aus einigen Variablen der Kategorie "Ordinalskalenniveau mit vielen Kategorien" wurden durch Klassifikationen die Kategorie "Ordinalskalenniveau mit wenigen Kategorien" gebildet und der Chiquadrat-Test angewendet. Zu diesen Variablen zaehlen die Geschwisterreihe (nur juengere vs nur aeltere, aeltere und juengere, nur Zwillingsgeschwister) und die soziale Schicht des Vaters (obere Unterschicht, untere Mittelschicht vs obere Mittelschicht, Oberschicht).

	Beschwer- denwert	Paranoid- wert	Depressivi- taetswert	IMPS	Global Assessment scale	Intensitaet d. Anorexia nervosa	Prozentual. Identge- wicht	Kurze Therapie- beduerti- keit
<u>Allgemeine biopsychosoziale Daten</u>								
Geschwister (+)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.
Alter bei Aufnahme ins MPI-P	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n
Soziale Schicht des Vaters (+)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.
IQ (N=15)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-.5462 **	n.s.	n.s.	.5462
<u>Anamnestic Daten</u>								
Alter bei Krankheitsbeginn	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.
Alter bei erster Inanspruchnahme	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.
Dauer der Erkrankung bis Auf- nahme ins MPI-P	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-.2933 *	n.s.	n.s.	.2601
Leistungstroenkungen (+)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	sign.
Anzahl stat. Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-.2836 *	n.s.	n.s.	.3766
Dauer stat. Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P	.2526 *	n.s.	n.s.	.2954 *	-.3722 **	.3296 *	n.s.	.4633
Dauer stat. Behandlung im MPI-P	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.
<u>Katamnese-dauer</u>								
	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.
Erbrechen	n.s.	.3162 *	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.
Laxantien	n.s.	n.s.	n.s.	-.3172 *	n.s.	n.s.	n.s.	-.264
Erbrechen/Laxantien/Bulimie	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.
Zustand bei Entlassung	.3230 *	n.s.	n.s.	.5242 ***	-.3252 *	n.s.	-.2803 *	.281

Tab. 38: Prognosefaktoren

Signifikanzniveau
(Spearman Korr.Koeff.
bzw. χ^2 (+))

$p < .001 = ***$
 $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Langfristig betrachtet stehen einige Merkmale hauptsächlich mit der beurteilten Therapiebeduerftigkeit im prognostischen Zusammenhang. In diese Beurteilung gehen anorexia-nervosa-spezifische und andere psychische Symptome in ihrem unterschiedlichen Ausmass ein, unter Beruecksichtigung ob der Patient mit diesen psychischen Symptomen im alltaeglichen Leben alleine zurechtkommt oder eher fremde professionelle Hilfe benoetigt. Als weiteres wichtiges Kriterium ist die "global assessment scale" relevant, die neben der Intensitaet psychischer Symptome die soziale Adaptationsfaehigkeit beruecksichtigt und Vergleiche mit der Literatur zulaesst. Korrelative Zusammenhaenge mit dem prozentualen Idealgewicht und der Intensitaet der Anorexia nervosa insgesamt werden trotz beurteilter Therapiebeduerftigkeit und sozialer Desintegration nicht immer gesehen. Werden korrelative Zusammenhaenge einzelner Faktoren mit der beurteilten Therapiebeduerftigkeit, sozialer Desintegration und Intensitaet der diagnose-spezifischen Symptomatik (global assessment scale) nachgewiesen (vor allem Dauer der stationaeren Behandlung im MPI-P und Zustand bei Entlassung), dann bestehen haeufig aber nicht immer auch Zusammenhaenge mit fremd- und selbstbeurteilten allgemein klinisch-relevanten Merkmalen.

Insgesamt bestehen somit die Korrelationen mit uebergeordneten Katamnese Kriterien (Patient braucht Hilfe, ist sozial desintegriert) als mit diagnose-spezifischen Beurteilungskriterien (Ausmass der Anorexia nervosa insgesamt, prozentuales Idealgewicht) und allgemein klinisch relevanten Beurteilungsaspekten (koerperlichen und Allgemeinbeschwerden, paranoide und depressive Tendenzen).

Patienten mit wiederholten stationaeren Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P, laengerer durchschnittlicher stationaerer Behandlungsdauer und Erkrankungsdauer vor Aufnahme ins MPI-P und unveraendertem Entlassungsbefund sind nach durchschnittlich $3 \frac{3}{4}$ Jahren signifikant haeufiger, sozial desintegriert, zeigen staerkere anorektische Symptome und benoetigen nach Ansicht des Untersuchers eine therapeutische Unterstuetzung. Neben der Anorexia nervosa im engeren Sinne, werden koerperliche und Allgemeinbeschwerden haeufig subjektiv geaussert (Beschwerdenwert) und Symptome, die fuer die Depression typisch sind, haeufiger vom Untersucher beurteilt (IMPS). Alle anderen Faktoren sind aufgrund der vorliegenden Arbeit fuer den langfristigen Verlauf eher irrelevant.

4.7. Subjektive rueckblickende Therapiebewertung

Eine objektive Therapiebewertung war in dieser retrospektiven Untersuchung nicht geplant, wobei andererseits auf subjektive Beurteilung nicht verzichtet werden sollte. In einem Fragebogen gaben die Patienten an, ob die vorgegebenen Feststellungen fuer ihn zutrafen oder nicht. Ferner beantwortete der Patient in freien Worten ob die Behandlung fuer ihn hilfreich war, was ihn am meisten geholfen habe, worin seine Kritik bestehe und welche Verbesserungsvorschlaege er machen wuerde (naehere Angaben zur Konstruktion des Fragebogens siehe Seite 94ff).

Eine Standarditemanalyse einschliesslich einer Faktorenanalyse wurde durchgefuehrt (vgl. Anhang 15). Die Korrelationen der Items bzw. Faktoren mit der angenommenen Therapiebeduerftigkeit sind haeufig auf dem 5% Niveau noch signifikant jedoch zum Teil $r < 0.25$. Zusammenhaenge von $r > .25$ zwischen subjektiven

Beurteilungen und angenommener Therapiebeduerftigkeit sind der Rangfolge nach:

1. Meine Familie (Freunde, Bekannte) behandelte mich auch noch nach der Entlassung als Kranken ($r = -.340$, $p = .018$).
2. Die Entlassung aus der Klinik glich einem Sprung ins kalte Wasser ($r = -.385$, $p = .010$).
3. Wielange die Therapie dauern wuerde ($r = -.312$, $p = .030$).
4. Ich hatte einen geplanten Tagesablauf ($r = -.311$, $p = .031$).
5. Ich habe schnell herausgefunden, welche Mitarbeiter streng oder weniger streng waren ($r = .283$, $p = .047$).
6. Es wurde viel Wert darauf gelegt, dass ich praktische Uebungen mache ($r = -.279$, $p = .050$).
7. In der Therapie ging es vor allem darum, Fertigkeiten zu erlernen, um nach Entlassung aus der Therapie im alltaeglichen Leben besser zurechtzukommen ($r = -.279$, $p = .050$).

Die faktorielle Auswertung ergab einen Generalfaktor, der als Transparenzfaktor interpretierbar ist. Mit der beurteilten Therapiebeduerftigkeit des Patienten steht dieser Faktor in keinem signifikanten Zusammenhang ($r = -.134$, $p = .219$). Der Faktor weist in 7 Items hohe Ladungen auf, die im folgenden aufgelistet werden mit zusaetzlicher Angabe des korrelativen Zusammenhangs bei angenommener Therapiebeduerftigkeit des Patienten.

1. Zu Beginn der Behandlung wurde mir gesagt, welche Art von Behandlung bei mir durchgefuehrt wird ($r = -.268$, $p = .055$).
2. Die Ziele der Therapie waren mir nach den ersten Gespraechen mit den Therapeuten klar ($r = .045$, $p = .396$).
3. Die Ziele der Therapie wurden vom Therapeuten und mir

gemeinsam festgelegt ($r = .134$, $p = .215$).

4. Die Einzelheiten der Therapie wurden mir erklart ($r = .020$, $p = .455$).

5. Es wurden fast nie genaue Absprachen ueber die Behandlung getroffen ($r = .115$, $p = .249$).

6. Es wurde mir immer erklart, wenn die Behandlung veraendert werden sollte ($r = -.003$, $p = .493$).

7. Die Therapeuten reagierten bereits auf kleine Schritte ($r = -.165$, $p = .168$).

Zu vier Aspekten gab der Patient freie Antworten:

1. Aus welchen Gebieten haben Sie am meisten von der Therapie profitiert?
2. Meine Hauptkritik an der Behandlung ist
3. Am meisten hat mir geholfen
4. Als Verbesserung der Behandlung wuerde ich vorschlagen

Zu diesen 4 Punkten wurden der Rangfolge nach folgende Antwortkategorien gegeben:

Auf welchen Gebieten haben Sie am meisten von der Therapie profitiert?

1. Reduktion der anorektischen Symptomatik ($N = 17$).
2. Reduktion sozialer Beeintraehtigung
 - 2.1. Verstaerkte Selbstsicherheit, groesseres Selbstwertgefuehl, mehr Lebensfreude ($N = 11$).
 - 2.2. Bessere soziale Kontaktfaeigkeit ($N = 8$)
 - 2.3. Sonstiges. Mehr Freizeitaktivitaeten ($N = 4$), groessere Faeigkeiten, Aengste und persoенliche Probleme zu bewaeltigen ($N = 3$).

Verbesserte Kommunikation mit den Familienmitgliedern (N = 3).

Meine Hauptkritik an der Behandlung ist

1. Kritik an Behandlungsmassnahmen

1.1. Rigorosität der Behandlungsdurchführung (Trennung von Familienmitgliedern, entmuendigende Behandlung) (N = 6).

1.2. Sonstiges. Mangel an individueller Anwendung einer bestimmten Behandlungsmethode (N = 3). Isolation als Behandlungskomponente (N = 3). Fehlende Nachbetreuung (N = 3).

2. Kritik an Therapiezielen

2.1. Die Behandlung ist zu sehr symptomorientiert. Persönliche Probleme, zugrundeliegende Konflikte wurden und durften nicht angesprochen werden (N = 6).

3. Kritik an Team-Mitarbeiter

3.1. Zu wenige Gespräche, zu wenig Betreuung (N = 7).

3.2. Mangelndes Vertrauensverhältnis mit dem Therapeuten (N = 4).

4. Kritik an der Organisation Behandlung zu kurz (N = 1).

Zu viel Leerlauf während der Behandlung (N = 1).

Am meisten hat mir geholfen:

1. Massnahmen

1.1. Bestimmte Behandlungskomponenten

Verstärkerprogramm (N = 7)

Isolation (N = 4)

Fremdkontrolle (N = 4)

Gruppentherapie (N = 3)

1.2. Soziale Massnahmen

Wohnungsvermittlung, Arbeitsplatzvermittlung (N = 3)

2. Team-Mitarbeiter

2.1. Persoenliche Ratschlaege, gutes Verhaeltnis zu Aerzten, Psychologen und Pflegepersonal (N = 11).

3. Ortswechsel

3.1. Soziale Isolation war aufgehoben, Kontakte mit Mitarbeitern (N = 9)

3.2. Ruhe zur Selbstbesinnung, Trennung vom problematischen Umfeld, (N = 6)

3.3. Ablenkung durch Beschaeftigung, geregelter Tagesablauf (N = 4)

Als Verbesserung der Behandlung wuerde ich vorschlagen

1. Therapieziele

1.1. Mehr ueber persoenliche Probleme sprechen (N = 6)

2. Massnahmen

2.1. Die Behandlungsmethode soll den individuellen Problemen angepasst werden (N = 14)

Mehr Gespraechе (N = 3)

Mehr Nachbetreuung (N = 3)

Laengere Behandlungsdauer (N = 3)

3. Team

Weniger Therapeutenwechsel (N = 1)

4. Organisation

Weniger Leerlauf (N = 1)

5. Transparenz

Mehr Information zu Beginn der Behandlung (N = 1)

4.7.1. Diskussion

Die Antworten der Patienten werden an dieser Stelle unter 2 Aspekten beurteilt

1. Treffen die Antworten der Patienten ihre therapeutische Realitaet?
2. Lassen sich Behandlungsverbesserungen aus den Antworten ableiten?

67% der Patienten sagten, dass die Entlassung aus der Klinik einem Sprung ins kalte Wasser glich und 50% wurden nach der Behandlung von der Familie (Freunde, Bekannte) als Kranke behandelt. Beide Feststellungen wurden vor allem von Patienten gemacht, die nach Ansicht des Untersuchers zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ohne therapeutische Hilfe zurechtkommen.

Die Antworten erscheinen plausibel. Waehrend eines stationaeren Aufenthaltes herrschen reale Situationen nur bedingt vor, wie Anforderungen an die Schul- und Arbeitsleistung, soziale Integrationsfaehigkeit, Kommunikation und Auseinandersetzung mit Eltern und Geschwister, Eigeninitiative etc. Die Entlassung aus der zum Teil schuetzenden Situation ist vielfach ein "Sprung ins kalte Wasser". Vor allem dann, wenn die Familie (Freunde, Bekannte) eigene eingeschliffene Verhaltensweisen und Erwartungen in bezug auf die Patienten nicht in Frage gestellt haben oder auf den verbesserten Zustand des Patienten nicht positiv reagieren und den Betroffenen stattdessen weiterhin als Kranken behandeln. Familientherapeutische Ansaetze beziehen z.T. das Problem der Wechselbeziehung zwischen Patienten und seiner Umwelt in ihrer therapeutischen Ueberlegung mit ein und reduzieren somit eine gegebene Rueckfallgefahr. Den Patienten auf eine

(voruebergelende) Trennung von Familie (Freunde, Bekannte) in der Therapie vorzubereiten, waere und ist ein anderer Ansatz, eine Stabilisierung zu erreichen. Ambulante Nachbetreuung, die den Akzent auf familiaere, kommunikative Konflikte zentriert, waere eine zusaetzliche Moeglichkeit, langfristige Erfolge zu erhoehen.

Vier Feststellungen beziehen sich auf therapeutische Massnahmen und Ziele. Patienten, die nach Ansicht des Therapeuten ohne fremde Hilfe zurechtkommen, sagten signifikant haeufiger aus, einen geplanten Tagesablauf gehabt zu haben und waehrend der Behandlung auf die Zeit nach Entlassung zum Teil durch praktische Uebungen vorbereitet worden zu sein. Die Antworten sind im Rahmen lerntheoretischer Ansaetze insgesamt plausibel. Die nachuntersuchten Patienten wurden vorwiegend mit verhaltenstherapeutischen Techniken behandelt (vgl. Tabelle 18). Das Ergebnis zeigt aber auch, dass von ca. 1/3 der Patienten das realitaetsorientierte therapeutische Vorgehen nicht erkannt oder aber negiert wurde.

31% der Patienten geben an, am Anfang der Behandlung ueber die Behandlungsdauer informiert gewesen zu sein. Dieser relativ niedrige Prozentsatz erscheint plausibel, denn es ist allgemein nicht ueblich - mit Ausnahme von limitierten Projekten - die Behandlungsdauer festzulegen.

Interessanterweise sagen vor allem die bei Katamnese als therapiebeduerftig beurteilten Patienten, dass sie schnell herausgefunden haben, welche Mitarbeiter streng oder weniger streng waren. Hier kann mangelnde Motivation von Seiten der Patienten zum Ausdruck kommen, aber auch fehlende Koordination

zwischen dem therapeutischen Team. Beides waere aber fuer sich gesehen - eine wichtige Voraussetzung, therapeutisch erfolgreich zu sein.

Die zusaetzlich durchgefuehrte Faktorenanalyse ergab einen Faktor, der in Richtung "Transparenz des therapeutischen Prozesses" zu interpretieren ist. Der Faktor hat sich fuer den langfristigen Verlauf doch als irrelevant erwiesen.

Es geht demnach nicht nur darum, dem Patienten u.a. zu sagen, wie er behandelt wird, mit ihm gemeinsam die therapeutischen Ziele zu erarbeiten, Rueckmeldung zu geben, sondern es sind noch andere abhaengige oder unabhaengige Variable zu erkennen, die langfristig relevant sind. Wurden z.B. die Erklaerungen verstanden, besteht die notwendige Motivation am therapeutischen Prozess teilzunehmen, sind die Ziele realistisch und die Methoden angemessen.

Die Beurteilung des therapeutischen Prozesses mit Hilfe vorgegebener Feststellungen wurde ergaenzt durch freie Antworten des Patienten.

Subjektiv sehen die Patienten den groessten Wert der Therapie in der Reduktion ihrer anorektischen Symptome. Ferner schreiben sie der Therapie einen positiven Einfluss auf ihr Selbstwertgefuehl und ihre soziale Kontaktfaeigkeit zu. Die Erklaerungen, was ihnen am meisten geholfen habe, sind unterschiedlich. Eindeutige Tendenzen ergeben sich nicht. Sowohl bestimmte Behandlungskomponenten, soziale Massnahmen, als auch Beziehungen zum therapeutischen Team werden angegeben. Relativ eindeutig

kritisch aeussern sich die Patienten gegenueber der Rigorositaeet der Behandlungsdurchfuehrung. Demnach beziehen sich auch die Vorschlaege zur Behandlungsverbesserung mehr darauf, ueber persoenliche Probleme zu sprechen, die Person und nicht die Erkrankung in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen. Zum Teil wurde auch fehlende Nachbetreuung bemaengelt. Leider liegen viel zu wenig Antworten vor, um ernsthaftige Ableitungen zur Therapieverbesserung vornehmen zu koennen.

4.8. Abschliessende Zusammenfassung und Diskussion

Die vorliegende Nachuntersuchung hat gegenueber anderen katamnestischen Untersuchungen eine Anzahl von Vorteilen. Die Patienten wurden alle mit demselben Diagnoseschluessel beurteilt. Die stationaere Behandlung fand auf 2 Stationen des MPI-P statt. Es kamen medikamentoese und psychotherapeutische Verfahren, (vor allem auf der Lerntheorie basierende), in Anwendung. Die Teilnahme an beschaefigungs- und arbeitstherapeutischen Programmen wurde in den meisten Faellen geboten. Auf beiden Stationen galt eine enge Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Therapeuten und Pflegepersonal. Die Datenerhebung war weitgehend dokumentationsgerecht. Die Krankengeschichtsdokumentation basierte auf einer vorgegebenen Gliederung. Das katamnestische persoenliche Interview wurde von einem Untersucher durchgefuehrt, dessen Beurteilerobjektivitaet bei ca. $1/3$ der Patienten ueberprueft wurde. Das Interview wurde ergaenzt durch standardisierte Fremd- und Selbstbeurteilungen. Zusaetzlich erhobene Laborwerte und systematisch erfragte Lebensereignisse waehrend des katamnestischen Zeitraums werden in gesonderten Arbeiten (in Vorbereitung) detailliert beschrieben. Die Patienten wurden durchschnittlich nach vier Jahren, fruehestens nach einem Jahr untersucht. Bei der Auswahl der Katamnesekriterien zur Beurteilung des psychischen Zustands und zur Ueberpruefung der prognostischen Relevanz einzelner Verlaufsmerkmale wurden eingehende Ueberlegungen angelegt. Deutliche Definitionen fanden besondere Beachtung.

Die Grenzen dieser Arbeit muessen ebenfalls benannt werden. Unsere Daten erlauben keine Hypothese zur Aetiologie der Anorexia nervosa. Die Angaben in der Krankengeschichte reichen ferner

nicht aus, das familiaere Milieu des Patienten in seiner Kindheit, Jugend und fruehem Erwachsenenalter zufriedenstellend zu beschreiben. Die Angaben sind zu grob, um Aussagen ueber die Verhaltensmuster der Familienmitglieder untereinander zu beurteilen. Demnach kann in dieser Arbeit auch keine Stellung zu den diagnostischen Kriterien von BRUCH (1966) genommen werden. Die Voraussetzung fuer Ueberlegungen zur praemorbiden Persoenlichkeit und krankheitsausloesenden, wichtigen Lebensereignissen waren aus demselben Grunde nicht gegeben (vgl. hierzu BRUCH 1966; CLAUSER, 1964; THEANDER, (1970: DALLY, 1969). Kinderneurotische Symptome, psychische Symptome und Angaben zur Inanspruchnahme therapeutischer Dienste im Verlauf vor Aufnahme ins MPI-P wurden zwar dokumentiert, jedoch mangelt es an ihrer systematischen Erhebung. Die Behandlung im MPI-P kann Behandlungskategorien wie medikamentoes, Verhaltenstherapie, andere psychotherapeutischen Verfahren zugeordnet werden, die Behandlung selbst war aber nicht in experimentellen Designs mit anschliessender Katamnese angelegt. Die meisten Patienten hatten zudem vorher und zum Teil auch nach Entlassung aus stationaerer Behandlung im MPI-P ambulante und stationaere therapeutische Dienste in Anspruch genommen. Eine Therapiebewertung fuer den langfristigen Verlauf wurde aus diesem Grund sofort ausgeschlossen.

Diese Arbeit versucht, den Verlauf der Anorexia nervosa chronologisch von Krankheitsbeginn bis zur Nachuntersuchung darzustellen. Der Verlauf bis zur stationaeren Behandlung im MPI-P wurde mit Hilfe von Krankengeschichtsinformationen beschrieben. Die Beschreibung des ausserklinischen Krankheitsverlaufs basierte auf den Informationen des

katamnestischen Interviews und der Fragebogenergebnisse. In die Verlaufsbeschreibung wurden allgemein anamnestische, Anorexia nervosa spezifische, allgemein klinisch relevante und soziale Merkmale mit einbezogen. Diese Arbeit analysiert insbesondere verschiedene Katamnesekriterien auf ihre Brauchbarkeit hin, den psychischen Zustand des Patienten umfassend zu beschreiben. Die reduzierte Anzahl brauchbarer Katamnesekriterien wurde letztlich zur Ueberpruefung von Prognosefaktoren herangezogen. Bei der Diskussion unserer Ergebnisse im Zusammenhang mit den Literaturergebnissen, wird die Chronologie des Krankheitsverlaufs zugrunde gelegt. Aus dem Gesamtverlauf werden die drei Zeitpunkte Aufnahme, Entlassung und Katamnese hervorgehoben und unter verschiedenen Gesichtspunkten diskutiert.

Von den urspruenglich 60 einbestellten Patienten sind 6 (10%) im Verlauf nach Entlassung verstorben. Die Angaben zur Mortalitaet in den verschiedenen katamnestischen Untersuchungen variiert von 0% (CANTWELL et al. 1977; PERTSCHUK, 1977; LESSER, 1969; FARQUARSON et al., 1966) bis zu 19% (WILLIAMS, 1958).

Das Alter bei Krankheitsbeginn unserer nachuntersuchten Patienten war definiert als das Lebensalter, in dem typisch anorektische Symptome wie Gewichtsverlust, auffaellig pathologisches Essverhalten, Amenorrhoe etc., selbst- oder fremdanamnestisch angegeben wurden. Der Krankheitsbeginn lag vorwiegend im Altersintervall von 16 bis 20 Jahren ($\bar{x} = 16,14 \pm 3,10$).

Das durchschnittliche Alter bei Krankheitsbeginn liegt bei THOMAE (1961) mit 17,5 Jahren, NEMIAH (1950) mit 18,3 Jahren. THEANDER (1970) mit 17,2 Jahren und CRIPS et al. (1980) etwas hoeher und

bei CANTWELL et al. (1977) mit durchschnittlich 13,4 Jahren etwas niedriger. Unterschiedlich diagnostische Kriterien oder aetiologische Erklarungseinsaetze beeinflussen sicherlich die Festlegung des Krankheitsbeginns. Einige Autoren haben in ihrer Untersuchung nur Patienten mit primaerer Anorexia nervosa einbezogen, waehrend andere Autoren auch Patienten einschliessen, die sekundaer anorektische Symptome im Zusammenhang mit anderen psychiatrischen Erkrankungen aufweisen, wie Schizophrenie oder Depression. Somatische Kriterien wie Gewichtsverlust, Amenorrhoe, Obstipation fuehren sehr wahrscheinlich zu einem hoeheren Erkrankungsalter als psychische Auffaelligkeiten und pathologische Verhaltensmuster innerhalb des familiaeren Milieus, die somatischen Symptomen - nach BRUCH - vorangehen oder sie bedingen.

Die genaue zeitliche Zuordnung von Krankheitssymptomen, unabhaengig vom Diagnoseschluessel und Lebensalter, wird durch mangelnde Beobachtungsgabe und Erinnerungsvermoegen des Patienten oder seiner engeren Umgebung zusaetzlich erschwert.

Wesentliche Uebereinstimmung besteht aber darin, dass die ersten Krankheitssymptome vor dem 10. und nach dem 25. Lebensjahr selten gesehen werden. Fuer vergleichende Untersuchungen waere es in Zukunft wichtig, einheitliche diagnostische Kriterien - sei es somatisch oder psychisch - fuer die Beurteilung des Krankheitsbeginns festzulegen.

Unsere Patienten nahmen durchschnittlich ca. 2 Jahre nach Krankheitsbeginn zum erstenmal eine therapeutische Hilfe in Anspruch. Extremer Gewichtsverlust, Ausbleiben der Periode waren

in den meisten Faellen der Behandlungsanlass und fuehrten zunaechst zu internistischen, seltener zu fachspezifischen psychiatrischen Institutionen.

Dieses Ergebnis findet in der Literatur seine Entsprechung (CRISP et al., 1980). In Anbetracht dieser Tatsache ist es empfehlenswert, dass vor allem durch Internisten und praktische Aerzte, d.h. in nicht fachspezifischen Institutionen, sehr intensiv exploriert werden sollte, ob neben somatischen Merkmalen wie Gewichtsverlust, sekundaere Amenorrhoe, Obstipation etc. nicht auch deutlich gestoerte Verhaltensmuster in der Familie oder sexuelle Schwierigkeiten, ungeloeoste altersspezifische Losloesungsprobleme usw. bestehen. Ein fruehes Erkennen der psychischen Komponente (oder Genese) der Erkrankung haette den Vorteil, eine differentielle Therapiezuordnung treffen zu koennen.

Der Anamnese unserer Patienten ist zu entnehmen, dass soziale Aengste, sexuelle Schwierigkeiten, Suizidgedanken, z.T. auch Selbstmordversuche und neurotisch depressive Symptome haeufig gesehen werden. Symptome, die dem depressiven Syndrom zuzuordnen sind, werden auch von THEANDER (1970), MORGAN & RUSSELL (1975), KAY & LEIGH (1954) gesehen. Demgegenueber standen wenige soziale Auffaelligkeiten. (Vergl. hierzu CRISP et al. 1980). Die Patienten waren stark leistungsorientiert - ein in der Literatur bekanntes Merkmal (BRUCH, 1966; THEANDER, 1970) - und zeigten ausgepraegte Schulleistungsfahigkeiten. Auffallend waren fehlende emotionale Bindungen (Freundschaft, Partnerschaft) (vgl. auch hier BRUCH, 1966). Die Beurteilung sexueller Schwierigkeiten, die Unfaehigkeit emotionale Bindungen

einzugehen, entwicklungstypische Probleme altersgemaess zu loesen, ist in dieser Arbeit sicherlich problematisch. Die Hypothese, dass anorektische Patienten durch auffaellige Verhaltensmuster innerhalb der Familie und soziale Beziehungen allgemein charakterisiert sind, wurde weder in der Biographie systematisch hinterfragt, noch mit psychometrischen Verfahren gemessen. Dies betrifft ebenso die Frage der Sexualitaet. Es ist nicht beurteilbar, ob sexuelle Aengste noch alterstypisch sind, oder aber bereits pathologisch. In zukuenftigen prospektiven Studien, aber auch bereits fuer die Dokumentation der Krankengeschichte im Klinikalltag, sollten diese Fragen ernsthaft aufgegriffen werden und methodischen Anforderungen (Standardisierung, normative Vergleichsmoeglichkeiten) genuegen. Interessante Ansaetze in der Literatur bieten hierzu bereits gute Richtlinien (vgl. BRUCH 1974; SELVINI 1974; CRISP 1970; MINUCHIN et al., 1975; KALUCY et al., 1977).

In unserer Untersuchungsserie fanden sich bis auf zwei Ausnahmen erwartungsgemaess nur weibliche Patienten. Zum Zeitpunkt der Aufnahme zur stationaeren Behandlung im MPI-P waren diese Patienten im Durchschnitt 19 Jahre alt, fast alle ledig und befanden sich noch in Ausbildung. Es wurde waehrend der durchschnittlichen Behandlungsdauer im MPI-P von ca. 2 1/2 Monaten, vor allem bei lebensbedrohlichen Zustaenden zunaechst medikamentoesee Therapie akzentuiert und anschliessend mit psychotherapeutischen Verfahren reagiert. Eine physische Restitution ausschliesslich mit nicht medikamentoesen Mitteln, vor allem mit verhaltenstherapeutischen Verfahren, wurde erst in spaeteren Jahren vorgenommen.

Die in der Literatur beschriebenen Untersuchungsserien sind z.T. durch deutlich unterschiedliche Beschreibungsmerkmale charakterisiert: Betrachtet man z.B. MINUCHIN's (1978) hohe Erfolgsquoten, so ist zu beruecksichtigen, dass in der Untersuchungsreihe im Unterschied zu anderen, vor allem kinderpsychiatrische Faelle nachuntersucht wurden. Die Ergebnisse von FRAHM (1966) und CANTWELL et al (1977) sind z.B. schwer vergleichbar, weil unterschiedlich lange Behandlungszeiten vorliegen (kurze stationaere Aufenthalte vs. durchschnittliche Behandlungszeiten von 9,5 Monaten). Andere Untersuchungen unterscheiden sich in therapeutischen Ansaetzen, um nur ein paar Beispiele zu nennen.

Bei Aufnahme ins MPI-P dominierte deutliche, bis sehr starke anorektische Symptomatik insgesamt, die einen stationaeren Aufenthalt rechtfertigte. Der Gewichtsverlust zeigte ein ueberwiegend deutliches (71 bis 90% des Idealgewichts) und starkes (51 bis 70% des Idealgewichts) Untergewicht. Bei 7% der Patienten kam es bereits vor dem Gewichtsverlust und bei weiteren 7% gleichzeitig mit dem Gewichtsverlust zu einem Sistieren der Regelblutung. Das psychische Leitsymptom in unserer Untersuchungsreihe war das Fasten, aber auch extremer Bewegungsdrang und Fressattacken. Bulimie nach langer Nahrungskarenz war haeufig verbunden mit Erbrechen, aber auch mit Laxantien-Abusus.

Die Prozentangaben zur Amenorrhoe als wesentliches Krankheitsmerkmal der Anorexia nervosa variieren in der Literatur erheblich. THOMAE (1961) beschreibt bei 30% der Faelle eine Amenorrhoe vor Gewichtsabnahme und bei 60% ein gleichzeitiges

Auftreten mit der Gewichtsabnahme. KAY & LEIGH (1954) sahen bei 25% vor Gewichtsabnahme ein Sistieren der Regelblutung, bei 25% zum Zeitpunkt der Gewichtsabnahme auffaelligen Essverhaltens. Van BEUGEN et al. (1961) stellten bei 54% ihrer Patienten eine Amenorrhoe fest, wobei bei 20% der Patienten das Ausbleiben der Periode das erste anorektische Symptom ueberhaupt war. DALLY (1969) beschreibt das Auftreten einer sekundaeren Amenorrhoe in 11%, 3 bis 12 Monate vor Gewichtsverlust, in 63% gleichzeitig mit dem Gewichtsverlust und in 26% 3 bis 12 Monate nach Gewichtsverlust. In THEANDER's (1970) Untersuchungsreihe bestand bei allen 88% eine Amenorrhoe. Ferner war bei 7% die Amenorrhoe erstes Krankheitssymptom und bei 20% fiel die Amenorrhoe zeitlich mit Nahrungsverweigerung zusammen. Bei der Mehrzahl der Patienten (60%) sistierte die Menstruation waehrend der Gewichtsabnahme. 4 Patienten zeigen trotz ihres kachetischen Zustandes eine Normalblutung. BECK & BRÖCHNER-MORTENSEN (1954) sahen in 18 von 27 Patienten ihrer Untersuchungsgruppe ein Sistieren der Monatsblutung vor oder gleichzeitig mit dem Gewichtsverlust. Es besteht in der Literatur keine Uebereinstimmung, in welchem Zusammenhang die Symptome "Amenorrhoe" und "Gewichtsverlust" stehen. Einige Autoren (s. DALLY, 1969) erlaeuern, dass die Amenorrhoe haeufig das erste anorektische Symptom ueberhaupt ist, andere vertreten hingegen die Meinung, die Amenorrhoe folgt einem Gewichtsverlust nach bzw. faellt mit ihm zusammen. Durch die unterschiedlichen Kriterien sind Vergleiche erschwert. Einige Autoren zeichnen den Zusammenhang Amenorrhoe-Gewichtsverlust auf, andere Amenorrhoe-ungestoertes Essverhalten. Die Angaben zur Korrelation zwischen Amenorrhoe und Gewichtsverlust sind ferner unter dem Gesichtspunkt von Erinnerungsverzerrungen kritisch zu

betrachten.

Dennoch lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass die sekundäre Amenorrhoe nicht unbedingt Folge einer Nahrungskarenz bzw. Gewichtsabnahme, aber auch nicht unbedingt als ursächliches Symptom zu betrachten ist. Der Zusammenhang der Amenorrhoe mit anderen psychischen Symptomen (emotionale Unsicherheit, sexuelle Ängste usw.) sollte in späteren Untersuchungen ebenfalls berücksichtigt werden.

THEANDER (1970) sah bei 16% seiner Patienten Bulimie und bei 28% Erbrechen. In MORGAN & RUSSELL's (1975) Untersuchung wurde bei 27% Erbrechen beurteilt, während NEMIAH (1958) bei 33 bis 50% seiner Patienten Erbrechen als dominierendes Symptom beschrieb. DALLY (1969) erklärt, dass Erbrechen eher bei einer Subgruppe mit stark ausgeprägter Anorexia nervosa vorlag, aber die Beurteilungskriterien für die einzelnen Untersuchungsgruppen nicht eindeutig definiert sind. In der Untersuchungsserie von CRISP et al. (1980) traten in 45% der Fälle Fressattacken, bei 43% Erbrechen und bei 58% Laxantien-Abusus auf.

Nach CRISP et al. (1980) korreliert übermäßiges Trinken, Erbrechen, Laxantien-Abusus mit chronifizierter Erkrankung und ist als erlerntes Verhalten auf Kontrollverlust von Ess-Impulsen zu verstehen.

Der Bulimie als typisch anorektisches Symptom wird von vielen Autoren eine negative Prognose für den weiteren Verlauf zugesprochen (GARFINKEL et al. 1980; CASPER et al. 1980; MORGAN & RUSSELL 1975; GARFINKEL et al. 1977; HALMI et al. 1973).

GARFINKEL et al. (1980), CASPER et al. (1980), BEUMONT et al. (1976) behaupten, dass sich die Verlauefe der Patienten mit Bulimie, Erbrechen und Laxantien-Abusus und derjenigen, bei denen diese Symptome fehlen, unterscheiden. Patienten mit Bulimie seien extroviertierter, zeigten haeufiger Hungergefuehle, werden aelter (CASPER et al. 1980), haetten ein hoeheres Gewicht und waeren vor Erkrankung haeufiger uebergewichtig gewesen (GARFINKEL et al. 1980). Patienten, bei denen diese Symptome fehlten und Fasten als einziges bzw. dominierendes Leitsymptom bestand, waren eher introvertiert und leugneten bzw. nahmen Hungergefuehle nicht wahr (CASPER et al. 1980).

In unserer Untersuchungsstichprobe sahen wir bei 56% Fressattacken, bei 54% Laxantien-Abusus und bei 44% Erbrechen. Zusaetzlich aber bei fast allen Patienten auch das Merkmal Fasten, jedoch in unterschiedlicher Auspraegungsform. Unsere Informationen reichen allerdings nicht aus, zu ueberpruefen, ob auch unsere Patienten den beschriebenen Klassifizierungen zuzuordnen sind. Zusaetzliche psychometrische Verfahren und systematische Befragung der Symptomatik ist in Zukunft jedoch angebracht, um die in der Literatur beschriebenen Hypothese ueberpruefen zu koennen.

Zum Zeitpunkt der Entlassung beurteilte der damals behandelnde Therapeut bei 32 (78%) der Patienten einen guten unmittelbaren Behandlungserfolg. 7 (17%) Patienten waren wenig gebessert, in einem Fall trat waehrend der Behandlung eine Verschlechterung ein und bei einem Patienten war der Gesamtzustand unveraendert.

Zur Beurteilung des Zustands bei Katamnese wurden

diagnosespezifisch somatische, psychische, allgemein psychiatrisch relevante und soziale Merkmale eingeschätzt. Bei unserer Nachuntersuchung zeigten 27% ein normales Gewicht (91 bis 110% des Idealgewichts), 56% ein deutliches (71% bis 90% des Idealgewichts), 5% ein starkes Untergewicht (weniger als 70% des Idealgewichts), 5% waren uebergewichtig (mehr als 111% des Idealgewichts).

Der Vergleich unseres Ergebnisses mit Literaturangaben wird schwierig. Die meisten Autoren machen Gewichtsangaben, versaeumen jedoch genaue Definitionen (z.B. BECK & BRØCHNER-MORTENSEN 1954; KAY et al. 1954 und 1965; FARQUARSON et al. 1966; THOMAE 1967; DALLY 1969). In den Arbeiten, die genaue Gewichtsdefinitionen vornehmen, wird bei 41 bis 81% der nachuntersuchten Patienten ein "normales Gewicht" (Gewicht in % des "matched population mean weight, MPMW") beurteilt (HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1975; PERTSCHUK 1977; GARFINKEL et al. 1977). Umgekehrt wurde ein Untergewicht von 75% des MPMW bei 15 bis 25% der Patienten gesehen (HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1977; PERTSCHUK 1977; GARFINKEL et al. 1977). Fettsucht wird relativ selten geschildert. 2 bis 7% der Patienten zeigten bei Katamnese ein Uebergewicht von 50% des MPMW und mehr (HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1979; PERTSCHUK 1977; GARFINKEL et al. 1977).

Genaue Gewichtsdefinitionen allein ermoeeglichen noch keinen Vergleich. Unterschiede bzgl. der Abgrenzung der Gewichtskategorien erschweren eine Gegenueberstellung der Ergebnisse ebenso die zugrundegelegte Vergleichsebene (z.B. Gewicht in Prozent des Idealgewichts-, des Normalgewichts, des

eigenen hoechsten Koerpergewichts). Unsere Erfahrungen zeigten darueber hinaus, dass nicht nur die Patienten andere Vorstellungen von einem "Normalgewicht" hatten, sondern auch das weibliche Pflegepersonal und die weiblichen Therapeuten. Ein Gewicht von 10 bis 20% unter dem Idealgewicht wurde noch als "Normal" beurteilt, was sicherlich durch bestehende gesellschaftliche Normen zu erklaren ist. Infolgedessen stellt sich die Frage, ob bestimmte Vergleichstabellen nicht einer Revision beduerfen.

Insgesamt zeigt jedoch der Gewichtsverlauf zwischen Aufnahme, Entlassung und Katamnese eine deutliche Verbesserung. Ob diese Patienten auch gleichzeitig als "geheilt" zu beurteilen sind, ist ohne Zusatzinformationen nicht zu beurteilen. Der Zusammenhang zwischen Amenorrhoe und Gewicht oder anderen psychischen als auch somatischen Merkmalen ist letztlich noch nicht geklaert.

Obwohl die Amenorrhoe als Hauptsymptom der Anorexia nervosa angesehen wird, findet sich die Beurteilung der Regelblutung zum Zeitpunkt der Katamnese nicht in allen Untersuchungen. In den Arbeiten, die Regelblutung als Katamnesekriterien heranziehen (vgl. BECK & BROCHNER-MORTENSEN 1954, HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1975; GARFINKEL et al. 1977; THEANDER 1970; DALLY 1979; WARREN 1968; FARQUARSON et al. 1966; CRISP 1965) wird insgesamt bei ca. $1/2$ bis $2/3$ der Patienten eine Normalblutung gesehen, ausgenommen PERTSCHUK (1977), der lediglich bei $1/3$ der Patienten eine Normalblutung sah. Eine unregelmässige Periode wurde haeufig gesehen (BECK & BROCHNER-MORTENSEN 1954; HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1975; PERTSCHUK 1977; GARFINKEL et al. 1977; CRISP 1965; KAY & LEIGH 1954).

Bei ca. 13 bis 50% der nachuntersuchten Patienten blieb nach wie vor die Periode aus, obwohl einige Patienten inzwischen normalgewichtig wurden (HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1975; PERTSCHUK 1977; CRISP 1965).

In unserer Untersuchung bestand bei 22% in den letzten 6 Monaten eine normale Regelblutung, und bei 29% der Patienten eine unregelmässige Regelblutung. Bei 27% wurde eine sekundäre Amenorrhoe von mehr als einjähriger Dauer und bei 5% von 6 bis 12 Monaten Dauer beurteilt. Unter Einnahme von Hormonpräparaten trat bei 17% der Patienten die Periode regelmässig auf.

Ein Vergleich der Ergebnisse ist auch hier wieder problematisch. Häufig fehlen Angaben über die Dauer der bestehenden Normalblutung, ferner ob die Regel spontan eintrat oder aber nur mit Unterstützung von Hormonpräparaten. Nur bei genauer Definition kann man die Frage beantworten, ob die Normalblutung vom Gewichtsanstieg, psychischer Stabilisierung oder anderen Faktoren abhängig ist. Aber auch dann blieb noch zu erklären, warum bei einigen Patienten trotz Gewichtsanstieg die Periode nach wie vor sistiert.

Neben den beiden somatischen Hauptsymptomen (Gewicht und Amenorrhoe) werden in der Literatur weitere diagnose-spezifische Symptome und andere psychiatrische Krankheitszeichen bei Katamnese beurteilt. Zu den diagnose-spezifischen Symptomen gehören vor allem die Leitsymptome Fasten, Bulimie, Erbrechen und Laxantien-Missbrauch. Normales Essverhalten wurde von HSU et al. (1979) und MORGAN und RUSSELL (1975) lediglich bei ca. 1/3 der Patienten gesehen, während bei den anderen Patienten kalorien-

und schlankheitsbewusstes Essverhalten dominierte. CRISP (1965) und GARFINKEL et al. (1977) sahen bei 14 bis 50% ihrer Patienten Heisshungerattacken und bei 10 bis 28% Erbrechen. Zur Gewichtskontrolle wurde ferner Laxantien-Abusus eingesetzt. (HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1975; PERTSCHUK 1979). Wir sahen in der Literatur beschriebene Leitsymptome in der Rangfolge Fasten (46%), Bulimie (37%), Erbrechen (43%), Laxantien-Abusus (15%) (vgl. Tabelle 21). Die Beurteilung eines "normalen" Essverhaltens hat im Zusammenhang mit unserer Untersuchung immer wieder Diskussionen ausgelöst. Kalorienbewusstes Essverhalten, kontinuierliche Gewichtskontrolle und bewusstes Beobachten des eigenen Koerperschemas wurde nicht nur bei dem weiblichen Pflegepersonal unter dem Therapeutenteam beobachtet, sondern auch maennliche Untersucher oder Mitarbeiter gaben zu, sich schlankheitsbewusst zu verhalten. Der Konflikt zwischen gesellschaftlicher Norm einerseits und dem Krankheitssymptom andererseits wird in dieser Untersuchung sicherlich nicht geloest sein und das Leitsymptom "Fasten" sollte unserer Erfahrung gemaess nicht ohne zusaetzliche Information als Erfolgskriterium herangezogen werden.

Neben anorektischen - im engeren Sinne - wurden depressive Symptome haeufig beschrieben. (HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1975; PERTSCHUCK 1977; THEANDER 1970; DALLY 1969; FARQUARSON et al. 1966; CRISP 1965); des weiteren soziale Aengste und Zwangssymptome (HSU et al. 1979; CANTWELL et al. 1977; MORGAN & RUSSELL 1975; THEANDER 1970). Die Selbstmordquote variiert zwischen 0% (CANTWELL et al. 1977; MORGAN & RUSSELL 1975) und 19% (WILLIAMS 1958). Drogenabhaengigkeit und sozial auffaelliges Verhalten, wie z.B.

Kriminalitaet wurden u.a. von CANTWELL et al. (1977) berichtet. Die Literaturergebnisse koennen wir weitgehend bestaetigen. Die Mortalitaetsquote in unserer Untersuchung betraegt 10%. Interessanterweise hoerten wir nach Abschluss der statistischen Auswertung von einem weiteren Selbstmord einer ehemaligen Patientin, die bei der Nachuntersuchung selbst nur leichte anorektische Symptome aufwies und keine solche Selbstmordabsichten aeusserte oder vermuten liess. An weiteren psychischen Symptomen wurden genannt: sexuelle Aengste (34%), soziale Aengste (31%), Zwangssymptome (8%), Alkohol-Abusus (8%). Symptome, die dem depressiven Syndrom zuzuordnen sind und koerperliche und Allgemeinbeschwerden beschreiben, wurden standardisiert beurteilt. Ein grosser Vorteil dieser standardisierten Beurteilung ist, dass z.B. der subjektiv beurteilte Depressivitaetswert, wie auch koerperliche und Allgemeinbeschwerden normative Vergleiche ermoeeglichen. Diese Symptome liegen zusaetzlich noch in einer standardisierten Fremdbeurteilung vor. Sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilung geben einen deutlich ausgepraegten Depressionswert an, vor allem bei den Patienten, die nach Ansicht des Untersuchers noch therapiebeduerftig sind. Ueber koerperliche und Allgemeinbeschwerden klagen im Vergleich zur Norm weniger als die Haelfte der Patienten. Der Zusammenhang zwischen Ausmass anorektischer und diagnoseunabhaengiger psychiatrischer Symptome wurde auch in der Literatur beschrieben. Es zeigte sich, dass Patienten mit stark ausgepraegten anorektischen Symptomen gleichzeitig z.T. auch andere psychiatrische Symptome aufwiesen. (HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1975; THEANDER 1970; DALLY 1969; KAY & SHAPIRA 1965).

Ein Syndromwandel wurde nicht gesehen. Es wird vor allem hervorgehoben, dass Schizophrenie im Verlauf der Erkrankung selten ist (HSU et al. 1979; MORGAN & RUSSELL 1975; THEANDER 1970; DALLY 1969, WARREN 1968; FARQUARSON et al. 1966; CRISP 1965; KAY & LEIGH 1954).

Die Zusammenhaenge zwischen diagnosespezifischen und anderen psychiatrischen Symptomen sollten in Zukunft naeher analysiert werden und zwar in erster Linie auf bestimmte Kausalitaeten hin, die therapeutisch gezielt anzugehen sind. Eine weitgehende Standardisierung der Beurteilung psychischer Symptome waere sinnvoll, um normative Vergleiche vornehmen zu koennen.

Wie bereits zu beginn der Diskussion erwaeht wurde, ist die Beurteilung sexuellen Verhaltens problematisch. Es fehlte in dieser Arbeit an geeigneten Instrumenten, altersadaequade sexuelle Aengste von pathologischen zu unterscheiden. Die Frage nach sexuellen Aengsten war nur eine unter vielen. Geht man die Hypothese aus, dass sexuelle Aengste u.U. aetiologischen Charakter fuer die Anorexia nervosa insgesamt haben, so bedarf es sicherlich differenzierter Befragung. Die Tatsache, dass einige der Patienten bei Katamnese verheiratet waren, tauscht zum Beispiel nicht darueber hinweg, dass sexuelle Frigiditaet vorliegen kann. Wollte man sexuelles Verhalten in die Beurteilung einbeziehen, dann ist notwendigerweise zu klaeren, ob sexuelle Aengste altersgemaess sind, ob sexuelle Beziehungen eingegangen wurden, ob diese lustvoll erlebt wurden oder nicht. Aehnliche Meinung wird auch von HSU (1980), HSU et al. (1979), DALLY (1969) und KAY & SHAPIRA (1965) vertreten.

Die soziale Integration der Patienten wird - wenn ueberhaupt - meistens nur in drei Bereichen beurteilt: Allgemeine soziale Kontaktfahigkeit, Beziehungen innerhalb der Familie und Leistungsfahigkeit innerhalb der Schule bzw. am Arbeitsplatz. MORGAN & RUSSELL (1975), HSU (1972), THEANDER (1970) und KAY & LEIGH (1954) kommen zu dem Ergebnis, dass viele Patienten trotz kachetischem Zustand z.T. vollbeschaeftigt sind und damit verbundenen Anforderungen genuegen. Auch in unserer Untersuchung sahen wir voll leistungsfahige Patienten trotz ausgepraegter Symptomatik und dieser gefundene Zusammenhang ist wichtig. In anderen Krankheitsbildern weist eine mangelnde Leistungsfahigkeit haeufig auf ausgepraegte psychische Probleme hin. Die Beurteilung der Leistungsfahigkeit ist insofern auch ein sinnvolles Erfolgskriterium, nicht aber bei anorektischen Patienten. Leistungsorientierung und Ueberaktivitaet sind im Zusammenhang mit der Anorexia nervosa haeufig Krankheitssymptome. Literaturergebnisse, die ihren Erfolg lediglich an der Arbeitsfahigkeit messen, sind auf diesem Hintergrund kritisch zu betrachten.

Soziale Kontaktfahigkeit inner- und ausserhalb der Familie ist weitaus staerker geeignet, auf einen psychisch-pathologischen Zustand des Patienten hinzuweisen (HSU et al. 1977, MORGAN & RUSSELL 1975; DALLY 1969).

Patienten unserer Untersuchung mit eindeutig anorektischen Symptomen beschreiben fast immer alleine zu sein, keine Freunde oder Bekannte zu haben, gemieden zu werden oder von sich aus selbst keine Kontakte zu suchen. In der Literatur wird beschrieben, dass die Verhaltensmuster und Gewohnheiten innerhalb

des familiaeren Milieus gestoert sind (BRUCH 1966). Pathologische Interaktionsmuster konnten in dieser Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung fehlten Hinweise auf Interaktionsschwierigkeiten. Dieses Ergebnis resultiert wahrscheinlich aus - fuer die Anorexia nervosa - falsch definierten Beurteilungskriterien. Es wurde nach Streitigkeiten gefragt, die tatsaechlich in Familien mit einem anorektischen Patienten haeufig fehlen. Stattdessen sollte in Zukunft bei der Definition des sozialen Kontaktes innerhalb der Familie folgende Frage beachtet werden: Besteht ueberhaupt die Moeglichkeit einer Auseinandersetzung, z.B. mit dem Vater, oder ist der Vater emotional und physisch haeufig abwesend? Kann es zur Konfrontation mit der Mutter kommen oder ist die Mutter eher selbstlos aufopfernd und leistet keinen Widerstand oder geht von sich aus Streitigkeiten aus dem Wege? Bestehen Geschwisterrivalitaeten? Kann der Patient innerhalb der Familie ueberhaupt selbstaendig werden und ein Selbstbewusstsein entwickeln (vgl. hierzu auch HSU et al. 1977; MORGAN & RUSSELL 1975). Diese Aspekte scheinen eher die familiaere Situation der Familie beschreiben zu koennen und sollten in Zukunft staerker beachtet werden.

Die eingehende Diskussion einzelner Beurteilungskriterien zeigt deutlich, dass zur umfassenden Beschreibung des Patienten mehr als nur ein Kriterium erforderlich ist. Trotz unauffaelligen Gewichts koennen andere anorektische Symptome noch deutlich vorhanden sein bzw. umgekehrt. Trotz Kachexie wird z.T. eine Normalblutung gesehen (THEANDER 1970) und umgekehrt.

Des weiteren verzerren Hormongaben eine treffende Beurteilung. Gute Arbeitsleistung weist nicht unbedingt auf psychische Stabilität hin, sondern kann auch Krankheitswert besitzen. Das sexuelle Verhalten verheirateter Patientinnen kann z.B. durch Frigidität charakterisiert sein, um nur noch einmal auf einige der beschriebenen Probleme hinzuweisen.

Soziale Kontakt- und sexuelle Schwierigkeiten eignen sich wahrscheinlich sehr zur Beschreibung des Patienten, bedürfen aber in Zukunft besserer Operationalisierung oder Standardisierung, um an Aussagekraft zu gewinnen.

Neben der inhaltlichen Diskussion einzelner Katamnese-kriterien wird in dieser Arbeit eine statistische Überprüfung mehrerer Katamnese-kriterien vorgenommen. Ziel dieser Überprüfung ist, den Nachweis von Prognosefaktoren an einer sinnvoll reduzierten Anzahl von Katamnese-kriterien vorzunehmen, die gleichzeitig sowohl klinische als auch soziale Beurteilungsaspekte repräsentieren und z.T. normativ vergleichbar sind. Als geeignet erwiesen sich standardisierte klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) und die zusammengefassten zwei Syndromscores der Fremdbeurteilungsskala (ANX und IMP), Intensität der Anorexia nervosa insgesamt, Gewicht in Prozent des Idealgewichts und die Global Assessment Scale (GAS), die sowohl klinische als auch soziale Aspekte berücksichtigt.

Bei der Beschreibung des Krankheitsverlauf der Anorexia nervosa wurde der Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme / Entlassung / Katamnese bisher akzentuiert. Bei dieser Arbeit wird darüberhinaus der Versuch unternommen, den katamnestischen

Zeitraum zwischen Entlassung und Katamnese naeher zu analysieren. Mit Hilfe einer Verlaufsgrafik wurde in Zusammenarbeit mit den Patienten sowohl der Symptomverlauf insgesamt als auch der Gewichtsverlauf aufgezeichnet und abschliessend anhand eines strukturierten Leitfadens nach psychischen Symptomen und erneuten Behandlungen gefragt.

Es hat sich gezeigt, dass Patienten, die bereits ein Jahr nach Entlassung die Intensitaet ihrer Symptome insgesamt veraendert haben (verschlechtert, verbessert), auch nach zwei Jahren die Richtung dieser Tendenz verstaerken. Mit grosser Wahrscheinlichkeit geht hier der Verlauf insgesamt in die gleiche Richtung. Bei den Patienten, die ein Jahr nach Entlassung noch einen unveraenderten Zustand aufweisen (dies waren die meisten Faelle), ist hingegen mit einer Variation des Verlaufs zu rechnen. Dieses Ergebnis legt nahe, dass Einjahreskatamnesen, die den langfristigen Verlauf lediglich mit Differenzmassen (gebessert, unveraendert, verschlechtert) beurteilen, weniger aussagekraeftig sind. Erst zwei Jahre nach Entlassung verdeutlichen sich die Verlaufstendenzen.

Unbeantwortet blieb bisher die Frage, ob verbesserte Zustaende gleichzeitig mit relativer Symptomfreiheit bzw. verschlechterte mit behandlungsbeduerftigen Zustaenden gleichzusetzen sind. Deshalb wurden die Verlaeuftypen erneut analysiert unter dem Gesichtspunkt, wie die Verlaeuftypen der Patienten - mit niedriger bzw. hoher Intensitaet bei Entlassung - ein Jahr bzw. zwei Jahre spaeter sind und ob bei der Katamnese eine hohe bzw. niedrige Intensitaet der Symptomatik vorliegt. Es zeigt sich, dass Patienten mit leichten anorektischen Symptomen bei

Entlassung ($N = 27$), die auch ein Jahr nach Entlassung unverändert gering sind ($N = 19$) mit hoher Wahrscheinlichkeit bei Katamnese ebenfalls eine niedrige Symptomausprägung zeigen und nach Ansicht des Therapeuten ohne fremde Hilfe zurechtkommen ($N = 19$). Diese Stabilität des ausserklinischen Verlaufs bei Patienten mit niedriger Intensität zeigt sich jedoch nicht bei Patienten, die ein Jahr nach Entlassung in einem verschlechterten Zustand sind ($N = 8$).

Patienten mit ausgeprägter Symptomatik bei Entlassung ($N = 13$), die ein Jahr danach noch deutlich diesen Zustand ($N = 10$) zeigen, besitzen - auf den gesamten Verlauf betrachtet - eine hohe Variation. Eine Voraussage des Zustands bei Katamnese ist nicht möglich. Die dargestellte Verlaufsanalyse ist hier zunächst ein Versuch, den katamnestischen Zeitraum besser beschreiben zu können.

Die Rekonstruktion des Gewichtsverlaufs zeigt, dass die meisten Patienten ein Entlassungsgewicht von 71 - 90% des Idealgewichts hatten. Die erste Gewichtsveränderung fand vorwiegend entweder unmittelbar oder innerhalb der ersten 6 Monate nach Entlassung statt, wobei keine Verlaufsrichtung dominierte. Sowohl ein Jahr als auch zwei Jahre nach Entlassung hat sich die Relation zwischen den 3 Gewichtskategorien im Vergleich zum Entlassungsgewicht nicht verändert. Hinsichtlich des Gesamtverlaufs, findet sich, dass bei 20 (49%) Patienten das Realgewicht in Relation zum Idealgewicht nie mehr als 90% betrug, d.h. diese immer deutlich untergewichtig waren. Bei den Gewichtsverläufen zwischen Entlassung und Katamnese dominiert kein bestimmter Verlaufstyp, wenn eine Gewichtsveränderung von

5% des Idealgewichts zugrundegelegt wird. Unter Beruecksichtigung von 10 prozentigen Gewichtsschwankungen liegen bei $N = 23$ Patienten unveraenderte Gewichtsverlaeuft vor. Das Gewicht bei Katamnese wurde vorwiegend der Kategorie "deutliches Untergewicht" zugeordnet. Wie bereits mehrfach diskutiert, zeigt sich, dass der Gewichtsverlauf ein wichtiges Beschreibungsmerkmal ist, jedoch als einziges Beurteilungskriterium nur bedingt aussagekraeftig ist. Eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen (Schoenheitsideal) ist zu fuehren. Die Gewichtsveraenderungen muessen ferner in Zusammenhang mit diagnosespezifischen Merkmalen, aber auch mit anderen psychischen Merkmalen betrachtet werden (vgl. hierzu auch HSU et al. 1980, THEANDER 1970).

In der Zeit nach Entlassung wurden von den Patienten soziale Aengste (29%), depressive Verstimmungen (20%), Alkohol-Abusus (7%) und Zwangssymptome (7%) genannt. Erneute Behandlungen lagen bei 28 Patienten vor und zeigen sicherlich einen Effekt auf den Gewichtsverlauf. Die Behandlungsmethoden haben sich im Verlauf nach Entlassung aus dem MPI-P im Vergleich zu den Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P z.T. veraendert. Die haeufigsten Behandlungen im katamnestischen Zeitraum waren medikamentoes (38%) und in Form psychiatrisch unterstuetzender Gespraechen (30%). Verhaltenstherapien bzw. andere therapeutische Massnahmen liegen mit weniger als $1/3$ deutlich niedriger, haben aber - im Vergleich zur Zeit vor Aufnahme - zugenommen.

Als Anregung fuer zukuenftige Untersuchungen unter Beruecksichtigung methodischer Anforderungen soll gelten, mehrere objektive Beurteilungen in zeitlichen Abstaenden prospektiv zu

planen, d.h. Beurteilungen ein Jahr nach Entlassung, in wiederholten Katamnesen zwei Jahre nach Entlassung und zu spaeteren Zeitpunkten zu ueberpruefen. (Vgl. hierzu auch HSU et al. 1980). Die zweite Anregung besteht darin, den Symptomverlauf in Zusammenhang mit ihrem Ausgangsniveau (Intensitaet bei Entlassung) und Intensitaetsniveau bei Katamnese zu betrachten. Ferner fuehrt eine Diskussion des Symptomverlaufs in Zusammenhang mit erneuter Inanspruchnahme therapeutischer Dienste zu wichtigen Erkenntnissen als auch zur Frage nach dem Einfluss wichtiger Lebensereignisse auf dem Symptomverlauf.

Einige Autoren haben in ihren Nachuntersuchungen spezifische klinische Faktoren und soziale Merkmale herausgearbeitet, die fuer den langfristigen Verlauf eine prognostische Bedeutung erlangen. Die Ergebnisse sind aber z.T. widerspruechlich. In unserer Untersuchung zeigt sich eine negative Prognose - in Uebereinstimmung mit anderen Autoren - fuer die Merkmale:

1. wiederholte stationaere Behandlung und laengere durchschnittliche Behandlungsdauer,
2. laengere Erkrankungsdauer vor Aufnahme ins MPI-P (vgl. HSU et al. 1980).

Ein unveraenderter Entlassungsbefund aus stationaerer Behandlung im MPI-P hat fuer den langfristigen Verlauf auch eine negative Prognose. Patienten mit diesen Ausgangsmerkmalen sind nach durchschnittlich $3 \frac{3}{4}$ Jahren signifikant haeufiger sozial desintegriert, zeigen staerkere anorektische Symptome und benoetigen nach Ansicht des Untersuchers eine therapeutische Unterstuetzung. Neben der Anorexia nervosa im engeren Sinne werden koerperliche und Allgemeinbeschwerden haeufig subjektiv

geaussert (Beschwerdenwert) und Symptome, die fuer die Depression typisch sind, haeufiger vom Untersucher gesehen (IMPS). Alle anderen Faktoren sind aufgrund der vorliegenden Arbeit fuer den langfristigen Verlauf eher irrelevant.

Zu den Katamnesekriterien selbst ist zu sagen, dass sich signifikante Korrelationen eher mit uebergeordneten Beurteilungskriterien ergeben (Patient braucht Hilfe, ist sozial desintegriert) als mit diagnosespezifischen (Ausmass der Anorexia nervosa insgesamt, Gewicht in Prozent des Idealgewichts) und mit allgemein klinisch relevanten Beurteilungsaspekten (koerperliche und Allgemeinbeschwerden, paranoide und depressive Tendenzen).

Eine objektive Therapiebewertung wurde in dieser Untersuchung von vornherein ausgeschlossen. Auf eine subjektive Beurteilung hingegen wurde nicht verzichtet. Zwei Aspekte sind erwaehnenswert. Patienten, die nach Meinung des Untersuchers bei Katamnese ohne fremde Hilfe zurechtkommen, sagen signifikant haeufiger, dass die Entlassung aus dem MPI-P "einem Sprung ins kalte Wasser glich" und dass sie nach Behandlung von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten nach wie vor als Kranker behandelt wurden. Die Reaktion der Umwelt auf den verbesserten Zustand des Patienten kann als Hinweis interpretiert werden, dass der unmittelbaren Umgebung daran gelegen ist, die gewohnten Verhaltensmuster innerhalb der Beziehung - die in der Literatur weitgehend als pathologisch beschrieben wird - beizubehalten.

Nicht nur waehrend des therapeutischen Prozesses ist demnach intensiv auf problematische Verhaltensmuster und Gewohnheiten des

Patienten mit seiner Umgebung einzugehen, sondern es erscheint auch dringend notwendig, in Nachbehandlungsphasen auf kommunikative und Interaktionsprobleme zu achten.

Subjektiv positiv wurden bestimmte Behandlungsmassnahmen beurteilt. Die Patienten, die als nicht therapiebeduerftig beurteilt wurden, sagten signifikant haeufiger aus, einen geplanten Tagesablauf gehabt zu haben und waehrend der Behandlung auf die Zeit nach Entlassung - z.T. durch praktische Uebungen - vorbereitet worden zu sein. Diese Ergebnisse bestaetigen lerntheoretisch fundierte Therapieziele. Den groessten Effekt der Behandlung sehen die Patienten in der Reduktion ihrer Symptomatik insgesamt, vor allem aber im positiven Einfluss auf ihr Selbstwertgefuehl und der sozialen Kontaktfaeigkeit.

Diese Antworten bestaetigen, dass soziale Isolation und soziale Aengste, fehlendes Selbstwertgefuehl zu den Leitsymptomen der Anorexia gehoeren (vgl. BRUCH 1966). Unter Beruecksichtigung dieser Hypothese, dass mangelndes Selbstwertgefuehl ein Hauptsymptom der Anorexia nervosa darstellt, ist zu verstehen, dass die Patienten, welche besonders den symptomorientierten Ansatz der Verhaltenstherapie kritisieren, stattdessen als Therapieverbesserung mehr einen konflikt- und problemorientierten Ansatz vorschlagen. D.h. sie moechten als Person und nicht als Krankheit behandelt werden.

Aus dieser vorliegenden katamnestischen Untersuchung lassen sich eine Reihe von Anregungen formulieren. In Therapien sollten in Zukunft individuelle psychopathologische Faktoren wie Selbstunsicherheit, mangelndes Selbstwertgefuehl, soziale und

sexuelle Aengste noch staerker als bisher beruecksichtigt werden. Es waere dabei wuensenswert, deutliche Abgrenzungen zwischen alterstypischen und pathologischen sexuellen Aengsten treffen zu koennen. Dazu waeren geeignete Messverfahren, die normative Vergleiche ermoeeglichen und sich zur Verlaufsbeschreibung eignen, von besonderer Bedeutung. Arbeiten sollten auch den Zusammenhang zwischen klinischen Merkmalen untereinander analysieren, (z.B. ob ein bzw. kein kausaler Zusammenhang zwischen depressiven Tendenzen und Anorexia nervosa besteht).

Eingehend sollten ferner familiaere Faktoren verfolgt werden. Die Analyse von Verhaltensmustern und Gewohnheiten des Patienten und seiner unmittelbaren Umgebung erbringen sehr wahrscheinlich wichtige Erkenntnisse, die zu spezifischen therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen fuehren und somit den Krankheitsverlauf guenstig beeinflussen. Die Kenntnis korrelativer Zusammenhaenge zwischen bestimmten Merkmalen und Erkrankung erleichtert ferner, Beurteilungskriterien zu definieren. Es sollten zu Therapiebeginn, Therapieabschluss und zum Zeitpunkt der Katamnese mehrere Beurteilungskriterien herangezogen werden, die klinische und soziale Aspekte einbeziehen. Es sollte letztlich der Versuch unternommen werden, die Erkenntnisse verschiedener Autoren zusammenzufuehren, um in Zukunft die Probleme katamnestischer Untersuchung zu reduzieren. Einheitliche diagnostische und katamnestische Kriterien und die deutliche Dokumentation der durchgefuehrten Therapien stellen eine wichtige methodische Voraussetzung dar, in Zukunft Krankheitsverlaeuft besser beschreiben zu koennen.

5. Darstellung der Untersuchungsergebnisse bei zwangsneurotischen Patienten

5.1. Allgemeine Beschreibung der Untersuchungsstichprobe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (Aufnahme ins MPI-P)

Bei der Beschreibung und spaeteren Ergebnisdarstellung der zwangsneurotischen Untersuchungsstichprobe werden nur die Patienten beruecksichtigt, die auch tatsaechlich nachuntersucht wurden.

5.1.1. Aufschluesselung der Untersuchungsstichprobe

Es wurden 99 Patienten zur Nachuntersuchung einbestellt. Nicht alle angeschriebenen Patienten konnten nachuntersucht werden (vgl. Tabelle 39). *)

	Zwangsneurose
Zur Nachuntersuchung wurden einbestellt	99 (100%)
nachuntersucht:	82 (83%)
66 (67%) persönliche Interviews	
13 (8%) telef. Kurzinterviews	
3 (3%) Interviews nach Abschluß der statist. Auswertung	
verstorben	6 (6%)
unauffindbar	11 (11%)

Tab. 39 : Aufschlüsselung der Untersuchungsstichprobe

----- *) In den folgenden Tabellen sind die Prozentangaben auf volle Zahlen aufgerundet bzw. abgerundet, so dass sich durch Rundungsfehler Summen von mehr oder weniger als 100% ergeben koennen.

Unter Beruecksichtigung der Auswahlkriterien (vgl. S.74/75) ergab sich eine Stichprobe von 99 Patienten, die angeschrieben wurde. Von diesen 99 Patienten sind 6 (6%) verstorben, 4 (4%) durch Selbstmord. Bei zwei weiteren Patienten ist die Todesursache unbekannt. 7 (8%) Patienten waren nicht bereit, in die Klinik zu kommen. Nach telefonischer Ruecksprache oder brieflicher Mitteilung, z.T. von Ehepartnern oder persoenlichen Briefen liegen folgende Informationen ueber diese Patienten vor: Zwei Patienten haben ihre Zwangssymptomatik unveraendert stark. Zwei Patienten haben leichte Symptome und sind berufstaetig. Bei zwei weiteren Patienten ist der aktuelle Zustand nicht zu beurteilen, ein Patient ist symptomfrei. 11 (11%) Patienten haben sich auch nach dem dritten Brief nicht gemeldet. Von diesen Patienten konnte uns das Meldeamt bei 3 Patienten keine neue Adresse angeben. 6 (6%) Patienten sind zur Zeit der Nachuntersuchung wegen ihrer zwangsneurotischen Symptomatik in stationaerer Behandlung. In dieser Untersuchung war aus personaloekonomischen Gesichtspunkten nicht geplant, die Nachuntersuchung ausserhalb des MPI-P durchzufuehren. In spaeteren Untersuchungen bei anderen Diagnosegruppen soll diese Einschraenkung nicht gelten.

66 (67%) Patienten kamen zur Nachuntersuchung. Teils reagierten sie sofort auf den ersten Brief, teils musste man die Patienten mehrfach anschreiben oder telefonisch zur Nachuntersuchung motivieren.

Nach Abschluss der statistischen Auswertung wurden noch 3 (3%) Patienten gesehen, wobei ein Patient wegen seiner starken Symptome als therapiebeduerftig beurteilt wurde. Die beiden anderen Patienten waren symptomfrei und sozial gut integriert.

Die durchschnittliche Katamnesedauer der 66 nachuntersuchten Patienten verteilt sich wie folgt: (Abbildung 20)

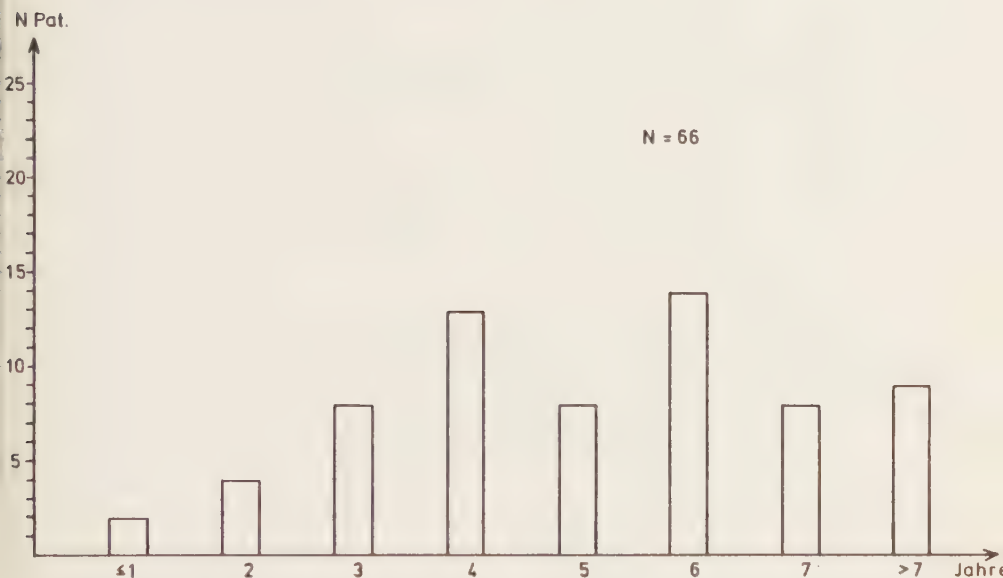


Abb. 20: Katamnesedauer

Die durchschnittliche Katamnesedauer betraegt ca. 4 1/2 Jahre ($\bar{x}$ = 55,0 Monate $\pm$ 22,8 Monate). Insgesamt betraegt bei relativ wenigen Patienten die Katamnesedauer weniger als 2 Jahre. Die Schwerpunkte liegen bei 4 und 6 Jahren.

5.1.2. Biosoziale Beschreibungsmerkmale

Relevante biosoziale Beschreibungsmerkmale werden in Tabelle 40 aufgefuehrt.

Geschlecht	männlich	35
	weiblich	31
Alter	M	30.924
	SD	+9.478
Familienstand	ledig	31
	verheiratet	31
	geschieden	2
	getrennt	1
	verwitwet	1
Geschwister- reihe	keine	16
	nur ältere Geschwister	13
	nur jüngere Geschwister	19
	ältere u. jüngere Geschwister	16
	nur Zwilling-Geschwister	1
Konfession	röm. kath.	48
	protestantisch	11
	konfessionslos	7
Beruf	Arbeiter	5
	Angestellte(r) od. Beamte(r)	22
	Selbständige(r), Freiberufl.	2
	Soldat	1
	noch in Ausbildung	8
	Rentner, Pensionist	3
	mind. 3 Monate erwerbulos	8
	Hausfrau oh. Nebenbeschäftigung	15
	Hausfrau m. Nebenbeschäftigung	2
Soziale Schicht	untere Unterschicht	2
	obere Unterschicht	13
	untere Mittelschicht	33
	obere Mittelschicht	10
	Oberschicht	1
	unbekannt	7
IQ	< 91	7
	91 - 109	10
	> 109	20
	nicht zu beurteilen	29

Die Verteilung maennlicher und weiblicher Patienten ist in der Untersuchungsgruppe gleich. Die Patienten sind bei Aufnahme ins MPI-P durchschnittlich 30 Jahre alt, stehen meistens im Angestellten- oder Beamtenverhaeltnis und gehoeren vorwiegend der Mittelschicht an. Der Anteil lediger bzw. verheirateter Patienten ist bei Aufnahme gleich. Der IQ betragt im Durchschnitt $\bar{x} = 106.8$ (Minimum 81, Maximum 130).

5.1.3. Allgemein anamnestische Beschreibungsmerkmale

Eine "familiaere Belastung" durch u.a. affektive Psychosen, Schizophrenien, andere endogene Psychosen oder Suizide/Suizidversuche liegt bei keinem der Patienten vor.

Das Alter bei Krankheitsbeginn, Alter zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme thearapeutischer Dienste und die Dauer der Zwangssymptomatik bis zur Aufnahme ins MPI-P werden in Abbildung 21 bis Abbildung 23 dargestellt.

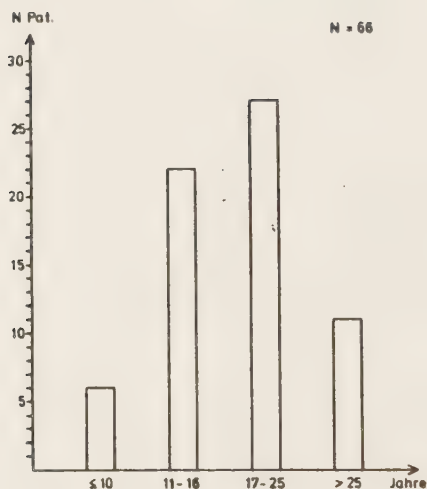


Abb. 21: Alter bei Krankheitsbeginn

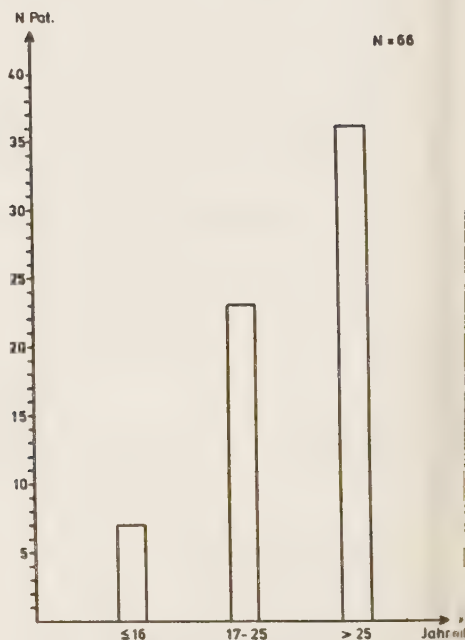


Abb. 22: Alter zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme therapeutischer Dienste.

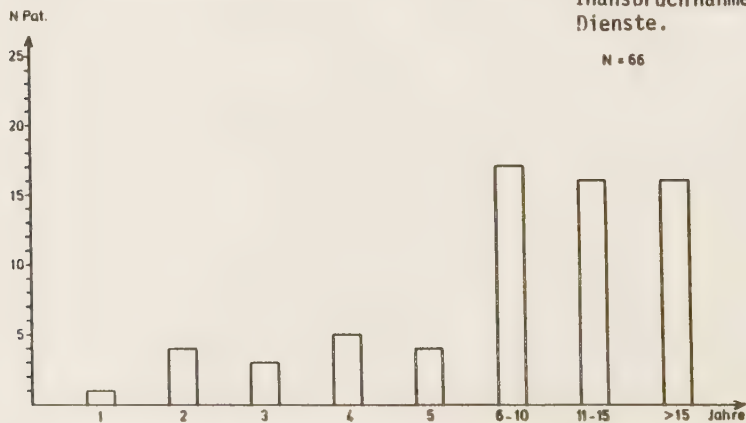


Abb. 23: Dauer der Zwangssymptomatik vor Aufnahme ins MPI-P.

Erste Zwangssymptome traten vorwiegend im Alter zwischen 10 und 25 Jahre auf ($\bar{x} = 18,5 \pm 6,34$ Jahre). Dabei wurde das Alter bei Krankheitsbeginn definiert als das Lebensalter, in dem zum erstenmal zwangsneurotische Auffaelligkeiten fremdanamnestisch angegeben und/oder vom Patienten als deutlich stoerend erlebt wurden. Das Durchschnittsalter bei Krankheitsbeginn ist ca. 18 Jahre ($\bar{x} = 18,5 \pm 6,34$) (vgl. Abbildung 21).

Die erste Inanspruchnahme therapeutischer Dienste erfolgt jedoch erst relativ spaet. Das Durchschnittsalter bei der ersten ambulanten/stationaeren Behandlung betraegt hierbei ca. 25 Jahre ($\bar{x} = 25,3 \pm 6,9$) (vgl. Abbildung 22).

Zur stationaeren Behandlung im MPI-P kommt es in der Regel noch spaeter. Fuer 10 Patienten ist die Behandlung im MPI-P die erste therapeutische Hilfe ueberhaupt. Nur wenige Patienten (25%) werden mit akuten Krankheitszeichen, oder bereits im Verlauf der ersten 5 Jahre ihrer Erkrankung stationaer im MPI-P aufgenommen (vgl. Abbildung 23).

In der Krankengeschichte der Patienten wurden anamnestisch noch weitere psychische Symptome deutlich beschrieben, die bereits vor Aufnahme im MPI-P manifest waren, u.a. faellt der hohe Anteil neurotisch depressiver Verstimmungen (42%), psychosomatischer Stoerungen (42%) und sozialer Aengste (29%) auf. Bei den psychosomatischen Stoerungen handelt es sich vor allem um psychosomatische Stoerungen im funktionellen Sinne, wie Schwitzen, Kopfschmerzen, Magendruck und anderes mehr. An weiteren Symptomen folgen sexuelle Stoerungen (35%) sowie Suizidgedanken (2%); bei 7 (11%) Patienten der Untersuchungsserie wurden keine

anderen psychischen Symptome in der Krankengeschichte erwaeht.

Der Schilderung der Biographie in der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass 15 (23%) Patienten waehrend ihrer Schulausbildung Leistungsstoerungen zeigten und 11 (17%) Patienten den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht nachkommen konnten. Die Leistungsfaeigkeit der im Haushalt lebenden Frauen ohne Nebenbeschaeftigung war schwer beurteilbar und wurde deshalb nicht vorgeommen. 22 (33%) Patienten zeigten in ihren allgemeine sozialen Beziehungen u.a. stark konfliktreiche Auseinandersetzungen oder soziale Isolationstendenzen, Kontaktarmut oder werden als Einzelgaenger beschrieben. 33 (50%) Patienten zeigten immer wieder Scheitern und Auseinandergehen von Partnerschaften oder aber diese Beziehungen waren stark konfliktreich.

Die stationaere Behandlung im MPI-P ist in den meisten Faellen der nachuntersuchten Patienten nicht die erste therapeutische Intervention. Es lagen z.T. schon ambulante und stationaere Therapien vor Aufnahme ins MPI-P vor. Fuer 27 (41%) Patienten war die stationaere Behandlung im MPI-P die erste stationaere Intervention ueberhaupt. 39 (59%) Patienten waren bereits einmal, 18 (27%) 2-3mal und 5 (8%) Patienten waren mehr als 3mal in stationaerer Behandlung.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer dieser 39 Patienten, die wegen ihrer Zwangssymptomatik oder anderen psychischen Stoerungen stationaer-psychiatrisch behandelt wurden, betraegt durchschnittlich 85 Tage.

Die folgenden Tabellen fassen die Angaben zu Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P zusammen. In Tabelle 41 werden die Behandlungen nach Institutionen aufgeschlüsselt, in Tabelle 42 nach Behandlungsmethoden.

		Zwangsneurose = 66			
		Behandlungsanlaß			
		Zwangs- neurose	andere Störungen	Zwangs- neurose u. andere Störungen	
Institutionen		n	n	n	
stationär	Psychiatrische Klinik	57	4	8	69 (38%)
	Internistische Klinik	7	10	-	17 (9%)
	Kurklinik	3	9	3	15 (8%)
ambulant	Nervenarzt	39	4	4	47 (24%)
	Psychotherapeut	16	2	1	19 (10%)
	Psychologe	6	-	2	8 (4%)
	Arzt f. Allgem. Medizin	3	3	1	7 (4%)
	Heilpraktiker	-	2	3	5 (3%)
	Sonstige	4	2	-	6 (3%)
		135	36	22	193
keine Behandlung					4

Tab. 41: Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P. Aufschlüsselung nach Behandlungsanlaß und Institutionen (Mehrfachnennungen möglich).

Zwangeneurose N = 66				
Behandlungsanlaß				
	Zwangs- neurose	andere Störung	Zwangs- neurose u. andere Störung	
Behandlungsmethoden	n	n	n	
medikamentös	51	16	5	72 (37%)
psychiatrisch unterstüt- zende Gespräche	25	2	4	31 (16%)
Kur	3	9	3	15 (8%)
Psychoanalytische Einzeltherapie	12	-	-	12 (6%)
Verhaltenstherapie	5	1	3	9 (5%)
Hypnose	3	-	3	6 (3%)
Psychoanalyse einzeln und in Gruppen	4	-	1	5 (3%)
Autogenes Training	3	-	1	4 (2%)
Sonstiges	23	3	1	27 (14%)
nicht zu beurteilen	6	5	1	12 (6%)
	135	36	22	193 (100%)

Tab. 42: Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P.
Aufschlüsselung nach Behandlungsanlaß
und Behandlungsmethoden (Mehrfach-
nennungen möglich).

Die Patienten nahmen vorwiegend sowohl ambulante als auch stationäre fachspezifische Institutionen in Anspruch. Medikamentöse Behandlungen wurden häufiger angewendet (37%) als psychotherapeutische Verfahren (18%). Die Aufschlüsselung medikamentöser Behandlungen nach Psychopharmaka und sonstigen medikamentösen Behandlungsmassnahmen war aufgrund fehlender Dokumentation nicht möglich. Die stationäre Behandlungsdauer im MPI-P wird in Abbildung 24 dargestellt. Die Aufschlüsselung der Behandlungsmethoden nach medikamentöser und nicht

medikamentöser Therapie erfolgt in Tabelle 43.

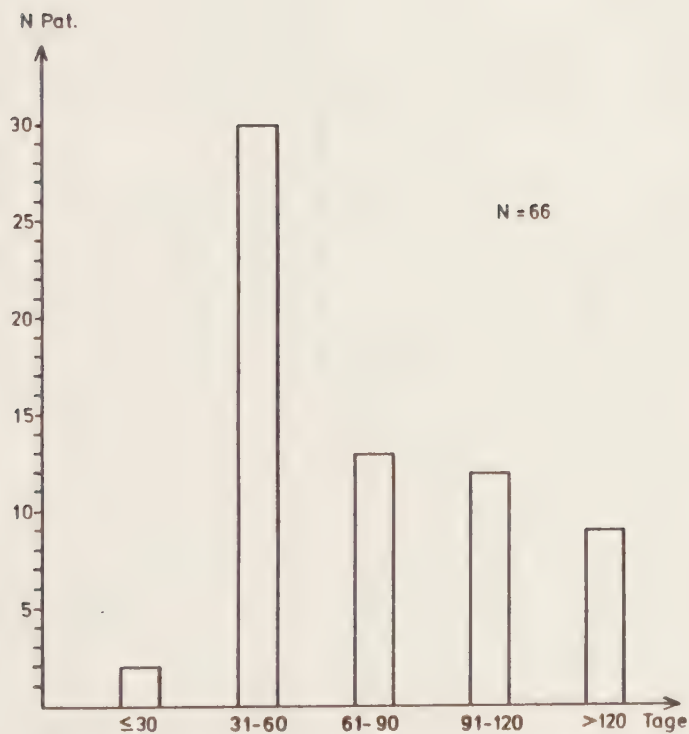


Abb. 24: Dauer der stationären Behandlung im MPI-P.

Medikamentöse Therapie im MPI-P	N
keine medikamentöse Therapie	42 (64%)
Psychopharmaka	18 (27%)
sonstige spez. medikamentöse Therapie bei Indikationen des psych. Fachgebiets	5 (8%)
Kombinationen	1 (2%)
	66 (100%)

Spezifizierung der medikamentösen Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	N
Neuroleptika	12 (34%)
Antidepressiva	5 (14%)
Tranquillizer	9 (29%)
Vitamine/Mineralien	1 (3%)
sonstige	8 (23%)
	35 (100%)

Nicht-medikamentöse Therapien. Aufschlüsselung nach vorherrschenden therapeutischen Konzepten	N
Psychoanalyse	12 (18%)
Verhaltenstherapie	53 (80%)
Hypnose/Autogenes Training	1 (2%)
	66 (100%)

Nicht-medikamentöse Therapie - Aufschlüsselung nach Einzel-/Familien-/Gruppentherapie	N
Gruppentherapie	14 (21%)
Einzeltherapie	33 (50%)
Einzel-/Partner-/Familientherapie	2 (3%)
Einzeltherapie und Gruppentherapie	17 (26%)
	66 (100%)

Tab. 43: Therapien bei zwangenneurotischer Patienten im Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Die Behandlung dauerte durchschnittlich ca. $2 \frac{1}{2}$ Monate ($\bar{x} = 75,64 \pm 37,82$ Tage), wobei ca. $\frac{1}{3}$ der Patienten in zeitlich limitierten verhaltenstherapeutischen Projekten von 6 Wochen behandelt wurden. 12 (18%) Patienten wurden in der Forschungsstelle fuer Psychopathologie und Psychotherapie ausschliesslich psychoanalytisch behandelt. 11 (17%) Patienten wurden auf der Privatstation aufgenommen. Es kamen medikamentoesee und psychotherapeutische Verfahren in Anwendung.

5.1.4. Zusammenfassung und Diskussion

Die Charakterisierung unserer Untersuchungsstichprobe entspricht im wesentlichen den Angaben anderer Katamnesen stationaer behandelter Patienten. In der Untersuchungsgruppe sind Maenner und Frauen gleich haeufig repraesentiert. Die Patienten sind bei Aufnahme ins MPI-P durchschnittlich 30 Jahre alt, stehen vorwiegend im Angestellten- oder Beamtenverhaeltnis und gehoeren meistens der Mittelschicht an. Ueber die Haelfte der nicht berufstaetigen Patienten sind Frauen. Der Anteil lediger bzw. verheirateter Patienten ist bei Aufnahme gleich.

Eine "familiaere Belastung" durch u.a. affektive Psychosen, Schizophrenien, anderen endogenen Psychosen oder Suizide - Suizidversuche liegt bei keinem Patienten vor.

Die Altersverteilung bei Krankheitsbeginn zeigt, dass sich beim groessten Teil der Patienten die Zwangssymptome in der Pubertaet, und zu Beginn des Erwachsenenalters entwickeln. Eine therapeutische Hilfe wird in den meisten Faellen erst nach dem 25. Lebensjahr in Anspruch genommen. Die Patienten nahmen dabei vorwiegend sowohl ambulante als auch stationaere fachspezifische

Institutionen in Anspruch. Die Behandlungsmethoden waren vorwiegend medikamentoes, weniger psychotherapeutische Verfahren. Zur stationaeren Behandlung im MPI-P kommt es noch spaeter. Die durchschnittliche Behandlungsdauer im MPI-P betrug ca. 2 1/2 Monate. Medikamentoes und vor allem psychotherapeutische Verfahren kamen zur Anwendung. Der Darstellung der Anamnese in der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass viele Patienten neurotisch depressive Verstimmungen, psychosomatische Stoerungen, sexuelle und soziale Aengste beschreiben. Ferner wird in der Biographie haeufig geschildert, dass Leistungsstoerungen in der Schule und am Arbeitsplatz auftreten, sowie allgemeine soziale Beziehungen und Partnerbeziehungen als stark konfliktreich erlebt werden.

Bei der spaeteren Analyse (vgl. Kapitel 5.6) wird zu pruefen sein, welche prognostische Bedeutung die aufgefuehrten Ausgangsmerkmale haben.

5.2. Beschreibung der Psychopathologie der Untersuchungsstichprobe.

Bei der Beschreibung werden im wesentlichen die Intensitaet der Zwangssymptomatik bei Aufnahme ins MPI-P und die Phaenomenologie der Zwangssymptomatik beruecksichtigt. Zusaetzlich werden die leider nur von einem Teil der Patienten vorhandenen Ergebnisse der standardisierten klinischen Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) und Fremdbeurteilungsskalen (IMPS) zur Beschreibung herangezogen.

5.2.1. Intensitaet der Zwangssymptomatik

Aufgrund der Informationen in der Krankengeschichte wird die Intensitaet der Zwangssymptomatik insgesamt mit Hilfe einer

sechsstufigen Intensitätskala beurteilt (vgl. Abbildung 25).

Pat.

N=66

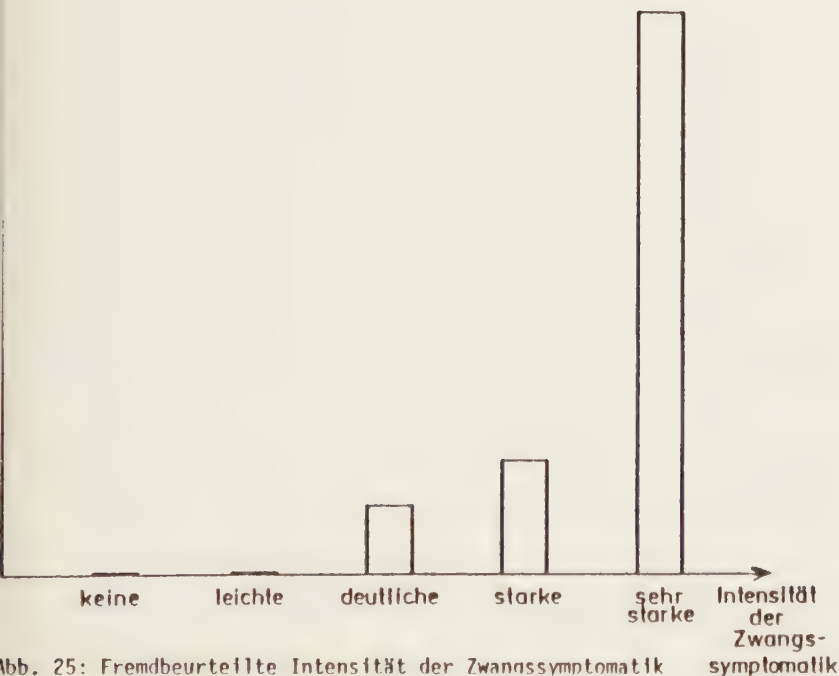


Abb. 25: Fremdbeurteilte Intensität der Zwangssymptomatik zum Zeitpunkt der Aufnahme.

zum Zeitpunkt der Aufnahme sind die Patienten am häufigsten durch sehr starke Zwangssymptome charakterisiert und zum größten Teil nicht mehr leistungsfähig.

2.2. Beschreibung der Phänomenologie der Zwangssymptomatik

Die Krankengeschichte wurde mit Hilfe eines selbstkonstruierten Symptombogens ausgewertet (vgl. Anhang 8). In die Symptomliste gingen solche Denk- und Handlungszwänge ein, die von verschiedenen Autoren in der Literatur differenziert werden. Die

Liste sieht Intensitätsstufen vor, wobei in die Definition starker Ausprägungen zugleich eine deutliche soziale Behinderung mit einbezogen wird. Die Häufigkeitsverteilung der Symptomitems ergibt folgende Rangreihe (vgl. Tabelle 44) (Mehrfachnennungen sind möglich).

Symptomatologie	N = 180	%
Kontrollzwang	43	24
Zwangsgrubeln-Zwangsgedanken	43	24
Waschzwang	32	18
Reinigungs-, Putzwang	17	9
Ordnungszwang	14	8
Zwanghaftes Denken nach einer Handlung	7	4
Blickkontrollen	6	3
Tickähnliche Zwangshandlungen	5	3
Zwanghaftes Ausschütteln, Ausbuersten	4	2
Sonstige Nennungen (Zwanghaftes Nagelfeilen, Dokumentierzwang, Riechzwang, zwanghaftes Vernichten, Zerreißen)	9	5

Tab. 44: Symptomatologie der Zwangssymptomatik zum Zeitpunkt der Aufnahme

Die Klassifizierung der Patienten nach Zwangshandlungen einerseits und Zwangsgedanken andererseits ergibt, dass bei 59 Patienten die Zwangssymptomatik sowohl aus Zwangshandlungen als auch Zwangsgedanken besteht, lediglich bei einem Patienten war die Zwangssymptomatik ausschliesslich durch Zwangsgedanken charakterisiert, es fehlten also Zwangshandlungen. Bei 6 (9%)

Patienten liegt eine Monosymptomatik vor.

Neben der Zwangssymptomatik bestehen zum Zeitpunkt der Aufnahme bei N = 56 (85%) Patienten zusaetzliche psychische Symptome, wie soziale Aengste, neurotisch depressive Verstimmungen und Selbstmordgedanken. 27 (41%) Patienten sind durch zusaetzliche sexuelle Stoerungen bei Aufnahme charakterisiert. Nur 7 (11%) Patienten weisen neben ihrer Zwangssymptomatik keine zusaetzlichen psychischen Symptome auf. Die Beurteilung der sozialen Integration bei Aufnahme ergibt, dass jeder Patient zumindest in einem Lebensbereich stark beeintraehtigt ist. In der Regel treten verschiedene soziale Defizite gleichzeitig auf, u.a. Kontaktarmut, Leistungsstoerungen, gestoerte Interaktion innerhalb der Familie und ein gestoertes Freizeitverhalten.

Es muss bei der Beschreibung der sozialen Integration des Patienten beruecksichtigt werden, dass die Erhebung der Information durch die damaligen behandelnden Therapeuten und die Dokumentation durch diese Therapeuten nicht systematisch vorgenommen wurde.

In systematischer und standardisierter Form liegen jedoch Informationen zur klinischen Pathologie vor. Von Nachteil ist, dass die standardisierten Daten nicht bei allen Patienten vollstaendig vorliegen, weil z.B. in einigen Abteilungen der Klinik diese Boegen zum damaligen Zeitpunkt noch nicht vorgelegt wurden.

5.2.3. Beschreibung der allgemeinen klinischen Psychopathologie

5.2.3.1. Standardisierte klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S)

Von N = 29 (44%) Patienten liegen zum Zeitpunkt der Aufnahme vollstaendige Beschwerdenlisten (BL) und von N = 34 (52%) Paranoid-Depressivitaetsskalen (PDS) vor. Die Ergebnisse werden in Abbildung 26 dargestellt. Es wird jeweils der Median der Stichprobe in Prozent des moeglichen Maximalwertes angegeben und der Normskala gegenuebergestellt.

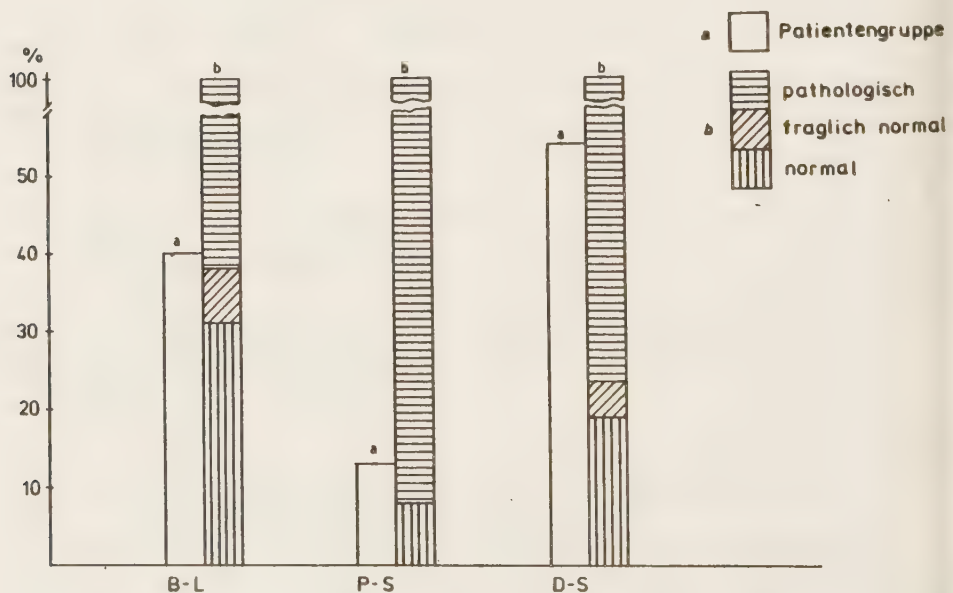


Abb. 26: Standardisierte Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S). Mediane in Prozent des möglichen Maximalwertes zum Zeitpunkt der Aufnahme (a) im Vergleich zur Normskala (b).

Der vorliegende Median des Beschwerdenscores von 29 Beschwerdewerten (40% des Maximalwertes) entspricht in etwa der

angegebenen Grenzziehung von 28 (39%) Beschwerdewerten, d.h. die Haelfte der Patienten liegt im Bereich des "sicher abnormen", einige Patienten in "fraglich abnormen" und ein Teil der Patienten im "normalen" Bereich.

Der ermittelte Median des Paranoidscores von 6 Paranoidwerten (13% des theoretischen Maximalwertes) liegt geringfuegig ueber dem Cut-off Score von 4 Rohpunkten (8% des theoretischen Maximalwertes) der Eichstichprobe.

Der ermittelte Median des Depressivitaetsscores von 26 Depressivitaetswerten (54% des theoretischen Maximalwertes) liegt weit ueber der angegebenen Grenzziehung (9-11 Rohwerte) zwischen pathologisch auffaellig und unauffaellig.

5.2.3.2. Standardisierte multidimensionale Beurteilungsskala fuer Klinikpatienten (IMPS)

Von N = 33 (50%) Patienten liegen zum Zeitpunkt der Aufnahme Daten vor. Die Ergebnisse werden in Abbildung 27 dargestellt. Es werden die Mediane der Stichproben in Relation zum moeglichen Maximalwert abgebildet.

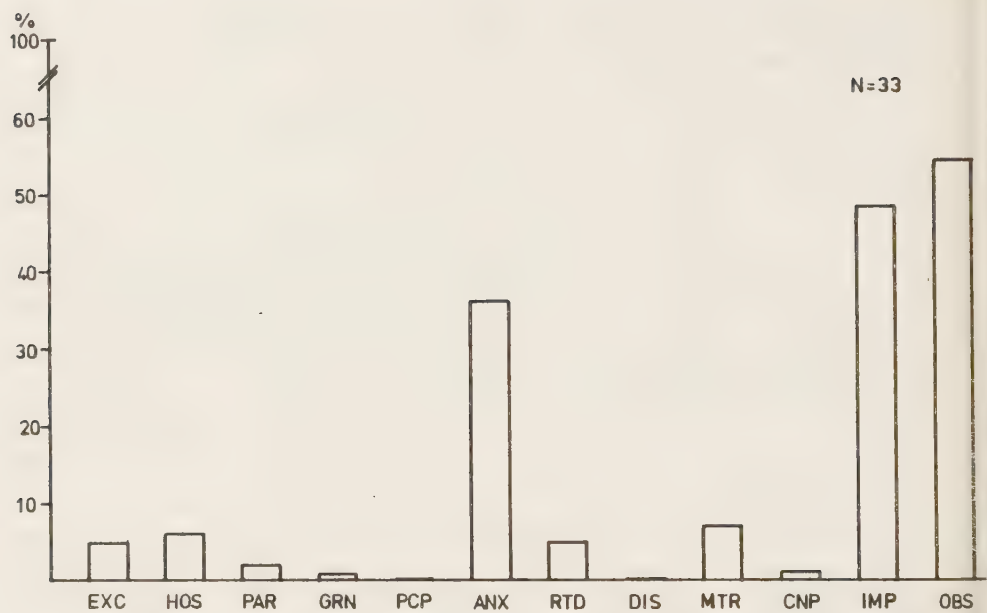


Abb. 27: Multidimensionale Beurteilungsskala für Klinikpatienten (IMPS). Mediane verschiedenen Syndromscores in Prozent des möglichen Maximalwertes zum Zeitpunkt der Aufnahme.

Betrachtet man bei der graphischen Darstellung die Höhe der als Säulen dargestellten Syndromwerte und ihre Beziehungen zueinander, so zeigt sich zunächst, dass über 10% des möglichen Maximalwertes lediglich die Syndrome impaired functioning (36%), anxious depression (48%) und obsessional-phobic (54%) liegen. Die standardisiert beurteilte Psychopathologie der nachuntersuchten Patienten war demnach durch das depressive Syndrom (anxious depression), zusätzlichen Symptomen aus dem vegetativen und somatischen Bereich (impaired functioning) und dem diagnostischen Faktor (obsessional-phobic) charakterisiert.

5.2.4. Zusammenfassung und Diskussion

Die globale Beurteilung der Intensitaet der Zwangssymptomatik zum Zeitpunkt der Aufnahme der 66 Patienten zeigt, dass diese vorwiegend eine sehr stark ausgepraegte Symptomatik aufweisen. Darueberhinaus werden bei den meisten Patienten noch diagnoseunabhaengige psychische Symptome beurteilt, die neben der Zwangssymptomatik das Krankheitsbild im Querschnitt bestimmen. Eine Analyse der sozialen Adaptation ergibt in vielen Faellen mangelnde Leistungsfahigkeit, ein gestoertes soziales Verhalten allgemein und insbesondere innerhalb der Familie.

Die quantitative Querschnittsbeschreibung des psychopathologischen Befundes anhand von standardisierten Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) zeigt, dass ca. 50% der Patienten, bei denen Testergebnisse vorlagen, gegenueber der Norm pathologisch erhoelte koerperliche und Allgemeinbeschwerden aeusserten (Beschwerdenwert) und psychisch erlebten, kognitive Stoerungen im Sinne paranoider Tendenzen beschreiben (Paranoidwert). Hervorstehend sind die Ergebnisse der Depressivitaetsskala. Der groesste Teil der mit der PD-S Skala erfassten Patienten gibt emotionale Stoerungen vom Typ aengstlich depressiver Verstimmtheit an, die pathologisch auffaellig sind (Depressivitaetswert). Von der IMPS Skala sind fuer die nachuntersuchten Patienten die Syndrome anxious depression, impaired functioning und obsessional-phobic charakterisierend. Im Vergleich zu normalen Personen werden auffallend haeufig symptomspezifische zwangsneurotische Phaenomene beschrieben. Das Syndrom "obsessional-phobic" ist gekennzeichnet durch Derealisation, Zwangshandlungen, Zwangsideen, Zwangsimpulse und Phobien (OBS). Ferner wurden unbestimmte Angstgefuehle wie auch

spezifische Ängste beurteilt. Die Patienten sind sich selbst gegenüber häufig negativ eingestellt, sie erwähnen oft Schuldgefühle und Gewissensbisse, welche durch reale oder eingebildete Verschulden verursacht werden.

Die allgemeine Gemütsverfassung des Patienten kann als "typisch dysphorisch" bezeichnet werden (ANX). Letztlich beurteilt der Therapeut aufgrund des Aufnahmeinterviews auffällig häufig geäußerte Beeinträchtigung normaler Funktionsabläufe. Der Patient berichtet über Unfähigkeit zu arbeiten, Verlust an sexuellem Interesse, Unfähigkeit sich zu konzentrieren, Schlafstörungen, Müdigkeit und den Verlust des Interesses an Mitmenschen (IMP).

Bei der späteren Analyse (vgl. Kapitel 5.6.) wird zu prüfen sein, welche prognostische Bedeutung die Intensität klinischer Ausgangsmerkmale für den langfristigen Verlauf hat.

5.3. Darstellung der Untersuchungsergebnisse zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung (Katamnese)

Bei dieser Nachuntersuchung wurde in einem persönlichen Interview und mit standardisierten Fragebögen der psychische Zustand und die soziale Integration jedes Patienten beurteilt und der Verlauf zwischen Entlassung und Katamnese unter bestimmten Gesichtspunkten retrospektiv erfasst.

Die Vorteile eines Interviews gegenüber Fragebögen sind erheblich. Ein gut geführtes Interview bringt den Untersucher zu einem breiteren Verständnis über die Psychopathologie des Patienten und soziale Adaptation. Viele vorhandene katamnestische Untersuchungen basieren auf gut geführten Interviews. Hingegen wurde die standardisierte Erfassung und die systematische Wiedergabe des Wissens häufig nicht geleistet, so dass Vergleiche der jeweiligen Ergebnisse mit anderen Untersuchungen extrem erschwert sind.

Ein wichtiges Anliegen dieser Arbeit ist der Versuch, in systematischer Weise das Wissen des Interviewers abzufragen. Als methodisches Hilfsmittel werden z.T. bekannte standardisierte Beurteilungsskalen (IMPS, GAS) verwendet oder neue Skalen, die eigens zu diesem Zweck konstruiert wurden um den Zustand der Patienten zum Untersuchungszeitpunkt zu beschreiben. Beurteilungsskalen bieten unseres Erachtens eine wertvolle Möglichkeit den Informationsverlust bei der Verarbeitung von Interviews zu reduzieren und eine höhere Reliabilität zu gewährleisten. Derart standardisierte Informationen erlauben ausserdem den Vergleich zu Fragebögen zur Selbstbeurteilung.

Interviews erfordern einen hohen personellen, zeitlichen und finanziellen Aufwand, was die Durchfuehrung systematisch angelegter Katamnesen belastet oder verhindert.

Frageboegen zur Selbstbeurteilung sind weitaus weniger aufwendig aber in ihrem Aussagewert umstritten. In dieser Arbeit wurden Fremd- und Selbstbeurteilung in analogen Bereichen - psychischer Zustand und soziale Integrationsfaehigkeit - gegenuebergestellt. Auf eine Vergleichbarkeit hinsichtlich der Standardisierung der Informationen wurde besonders geachtet.

Wir gehen davon aus, dass sich, bei diesem Vergleich die Selbstbeurteilung - bei entsprechender Standardisierung - als ein grobes aber dennoch taugliches Instrument erweist, mit dem elementare katamnestische Anliegen durchaus erfuehlt werden koennen, insbesondere die Feststellung erneuter Therapiebeduerftigkeit.

5.3.1. Biosoziale Beschreibungsmerkmale

Zum Zeitpunkt der Katamnese ist die Untersuchungsgruppe durch folgende biosoziale Daten gekennzeichnet (vgl. Tabelle 45).

Geschlecht	männlich	35
	weiblich	31
Alter	M	35.927
	SD	± 9.525
Familien- stand	ledig	30
	verheiratet	26
	geschieden	6
	getrennt	3
	verwitwet	1
Geschwister- reihe	keine	16
	nur ältere Geschwister	13
	nur jüngere Geschwister	19
	ältere u. jüngere Geschwister	16
	nur Zwillings-Geschwister	1
	jüngere u. Zwillings-Geschwis.	1
Konfession	röm. kath.	47
	protestantisch	11
	konfessionslos	8
Beruf	Arbeiter	5
	Angestellte(r) od. Beamte(r)	27
	Selbständige(r), Freiberufl.	4
	Soldat	-
	noch in Ausbildung	7
	Rentner, Pensionist	7
	mind. 3 Monate erwerbslos	4
	Hausfrau oh. Nebenbeschäftigung	10
	Hausfrau m. Nebenbeschäftigung	2

Tab. 45 : Biosoziale Daten zum Zeitpunkt der Katamnese

Im Vergleich zur Aufnahme (vgl. Tabelle 40) haben sich keine wesentlichen Veraenderungen in der Haeufigkeitsverteilung ergeben.

5.3.2. Fremdbeurteilung der Intensitaet der Zwangssymptomatik, des Ausmasses der sozialen Integration und klinisch relevanten Beschreibungsmerkmalen.

Die Zwangssymptomatik und die soziale Adaptationsfaehigkeit wurde mit Hilfe eines struktuierten Leitfadens (s. Anhang 8 und Anhang 9) systematisch erfragt. Die zusammenfassende Beurteilung der Intensitaet der Zwangssymptomatik, der fehlenden sozialen Integration und psychopathologischen Merkmalen wird in Abbildung 28 - 30 dargestellt.

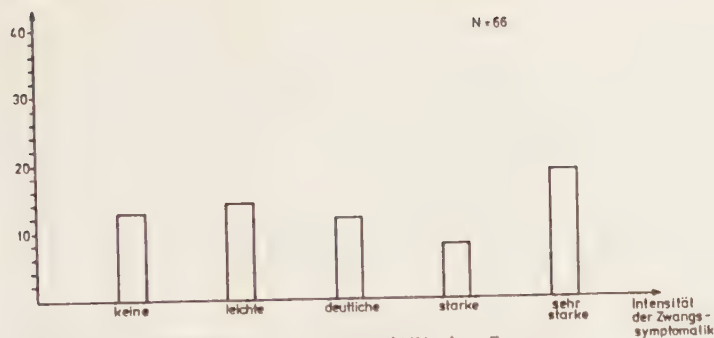


Abb. 28: Fremdbeurteilte Intensität der Zwangssymptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese

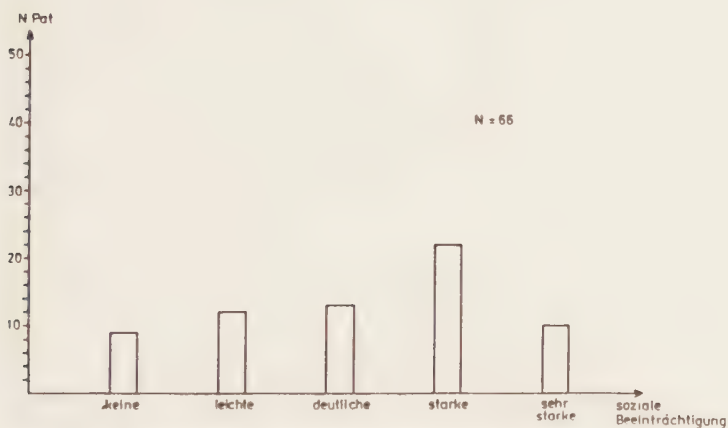


Abb. 29: Fremdbeurteilte soziale Beeinträchtigung zum Zeitpunkt der Katamnese.

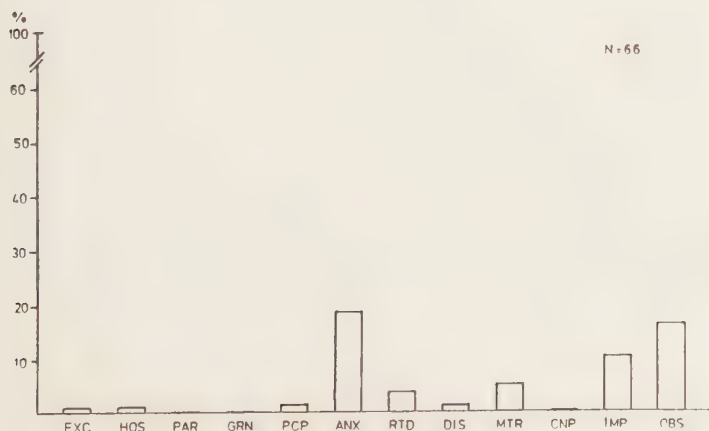


Abb. 30: Multidimensionale Beurteilungsskala für Klinikpatienten (IMPS). Mediane der Syndromscores in Prozent des möglichen Maximums zum Zeitpunkt der Katamnese.

Zum Zeitpunkt der Katamnese werden bei insgesamt 27 (41%) Patienten keine bzw. leichte Zwangssymptome und bei 39 (59%) deutliche bis sehr starke Zwangssymptome gesehen und nach Ansicht des Untersuchers sollten diese Patienten eine therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. Abbildung 28).

Bei 21 (32%) Patienten hat der Interviewer den Eindruck, dass sie im alltäglichen Leben insgesamt relativ gut zurechtkommen. 45 (68%) Patienten werden hingegen als deutlich bis sehr stark beeinträchtigt beurteilt. In die Fremdbeurteilung gingen Aspekte ein wie allgemeine Leistungsfähigkeit, soziale Kommunikationsfähigkeit mit Fremden und der Familie, sowie die befriedigende Gestaltung der Freizeit (vgl. Abbildung 29).

Die standardisierte Fremdbeurteilung des psychopathologischen Befundes zum Zeitpunkt der Aufnahme (vgl. Abbildung 27) zeigte, dass im wesentlichen drei Syndrome (anxious depression, impaired functioning und obsessional-phobic) der IMPS-Skala die nachuntersuchten Patienten charakterisieren. Die Ergebnisdarstellung bei Katamnese bezog erneut alle Syndrome der IMPS-Skala ein (vgl. Abbildung 30). Die Verteilung der Syndromescores hebt wieder die beschriebenen drei Syndromescores anxious depression, impaired functioning und obsessional-phobic hervor. Die anderen Syndromescores der IMPS wurden daraufhin bei dieser Untersuchungsgruppe fuer weitere Analysen nicht weiter beruecksichtigt, weil ihre Mediane kleiner als 10% des theoretischen Maximalwertes sind.

5.3.3. Selbstbeurteilung der Intensität der Zwangssymptomatik und anderen psychopathologischen Faktoren.

Der Patient beurteilt mit Hilfe von konstruierten Beurteilungsskalen wie stark seiner Meinung nach seine Zwangssymptomatik noch vorhanden ist (vgl. Abbildung 31) und anhand standardisierter klinischer Selbstbeurteilungsskalen werden weitere klinisch relevante Aspekte erfasst (vgl. Abbildung 32).

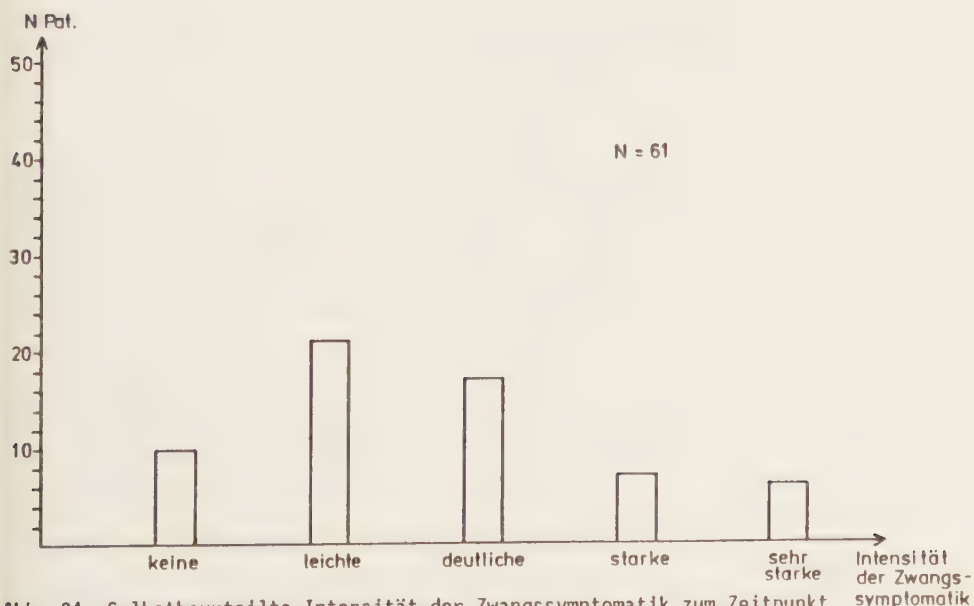


Abb. 31: Selbstbeurteilte Intensität der Zwangssymptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese.

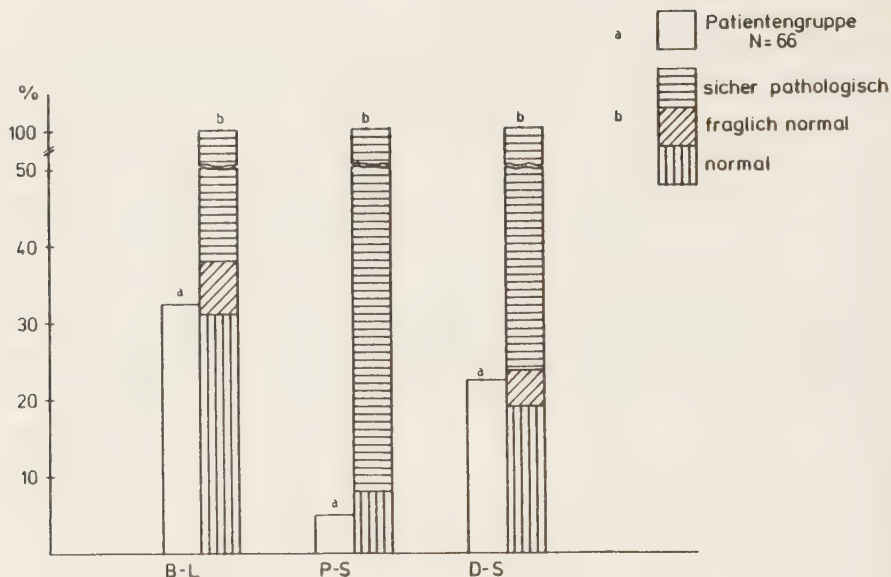


Abb. 32: Standardisierte klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S).
Mediane in Prozent des Maximalwertes zum Zeitpunkt der
Katamnese (a) im Vergleich zur Normskala (b).

Insgesamt 32 (52%) Patienten sagen, keine bzw. lediglich leichte Zwangssymptome zu haben. Demgegenueber werden von 30 (48%) Patienten deutliche bis sehr starke Zwangssymptome angegeben (vgl. Abbildung 31).

Fast die Haelfte der Patienten klagt pathologisch auffaellig ueber koerperliche und Allgemeinbeschwerden (Beschwerdewert) und geben emotionale Stoerungen vom Typ aengstlich depressiver Verstimtheit an (Depressivitaetswert). Der Median, der als kognitiv erlebte psychische Symptome im Sinne paranoider Symptome interpretiert wird, ist im Vergleich zur Norm bei den meisten Patienten unauffaellig (vgl. Abbildung 32).

5.3.4. Beziehung der Katamnesedaten untereinander

Ein uebergeordnetes Ziel katamnestischer Untersuchungen ist, bestehende Therapien zu verbessern. Eine wichtige Voraussetzung um Ueberlegungen anzustreben, welches Spektrum an therapeutischer Hilfe angeboten werden muss, ist, eine eingehende Beschreibung der Zusammenhaenge zwischen Ausmass der spezifischen Stoerung einerseits und Ausmass diagnoseunspezifischer psychischer Symptome, fehlende soziale Adaptation andererseits.

5.3.4.1. Ueberpruefung methodischer Voraussetzung des Vergleichs: Fremd- und Selbstbeurteilung der Intensitaet der Zwangsneurose und sozialer Beeintraechtigung (Interrater Reliabilitaet).

Die Zusammenfassung der Interview-Informationen erfolgte in Rating-Skalen. Mehrere Interviews (N=36) wurden von 2 Untersuchern durchgefuehrt und abschliessend unabhaengig voneinander beurteilt. Tabelle 46 zeigt die Uebereinstimmung verschiedener Untersucher in der Beurteilung der Intensitaet der Zwangssymptomatik und bei verschiedenen Aspekten sozialer Beeintraechtigung.

Interrater reliabilität	N	Korr.
Therapiebedürftigkeit	36	.915 ***
Intensität bei Katamnese im Vergleich zur Aufnahme	33	.882 ***
Intensität bei Katamnese im Vergleich zur Entlassung	33	.936 ***
Intensität anderer Symptome	36	.316 *
Intensität aller Beschwerden insgesamt	36	.871 ***
Beeinträchtigung global	35	.840 ***
Beeinträchtigung Umwelt	35	.891 ***
Beeinträchtigung Selbstversorgung	35	.833 ***
Beeinträchtigung Leistungsfähigkeit		
Schule	2	-
Arbeit	15	.847 ***
Haushalt	13	.750 **
Beeinträchtigung zwischenmenschliche Beziehungen	34	.867 ***
Beeinträchtigung innerhalb der Familie	35	.863 ***
Soziale Isolation	35	.813 ***
Beeinträchtigung Freizeitgestaltung	35	.898 ***
Global Assessment Scale	35	.905 ***

Tab.46 : Korrelation zweier Rater bei der Beurteilung verschiedener Aspekte sozialer Beeinträchtigung und Intensität der Zwangssymptomatik.

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
(Spearman Korr. Koeff.) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Es besteht insgesamt eine hohe Uebereinstimmung zwischen Interviewleiter und wechselnden Zweitbeurteilern. Die Beurteilungsskalen sind somit als reliabel anzusehen, die Vielzahl der Informationen aus dem Interview zusammenzufassen.

5.3.4.2. Zusammenhang zwischen dem fremdbeurteilten Ausmass der Zwangssymptomatik und der sozialen Integration.

Der Zusammenhang zwischen der Intensitaet der Zwangssymptomatik und der sozialen Beeinträchtigung insgesamt wird in Tabelle 47 abgebildet und nach relevanten Lebensbereichen in Tabelle 48 aufgeschlüsselt.

Soziale Beeinträchtigung insgesamt						
Intensität	keine	leichte	deutliche	starke	sehr starke	
keine	8	2	1	2		13 (20%)
leichte	1	6	6	1		14 (21%)
deutliche		4	4	4		12 (18%)
starke			2	5	1	8 (12%)
sehr starke				10	9	19 (29%)
	9 (14%)	12 (18%)	13 (20%)	22 (33%)	10 (15%)	66 (100%)

Tab. 47: Soziale Beeinträchtigung bei Katamnese. Aufschlüssellung nach Intensität der Zwangsneurose und soziale Beeinträchtigung insgesamt.

Von 27 (41%) Patienten mit starker bzw. sehr starker Zwangssymptomatik sind alle deutlich, stark bzw. sehr stark beeinträchtigt (vgl. Tabelle 47).

KORRELATIONEN

Intensität der Zwangssymptomatik. Untersucherrating	Intensität der sozialen Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen	N	Korr.
	1. Beeinträchtigung der Umwelt	66	.653
	2. Beeinträchtigung der Selbstver- sorgung	66	.598
	3. Beeinträchtigung der Leistungs- fähigkeit:		
	Schule	7	.368
	Arbeit	47	.752
	Haushalt	38	.668
	4. Beeinträchtigung zwischenmensch- licher Beziehungen	66	.238
	5. Beeinträchtigung innerhalb der Familie	66	.481
	6. Soziale Isolation	66	.494
	7. Beeinträchtigung der Freizeitge- staltung	66	.616
	8. Global Assessment scale	66	.792

Tab. 48: Korrelation zwischen Intensität der Zwangssymptomatik und sozialer Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen. Beurteilungen des Untersuchers.

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
 (Spearman Korr. Koeff.) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Es bestehen hohe signifikante Zusammenhänge zwischen Intensität der spezifischen Störung und sozialer Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen, vor allem in der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, der Umwelt, und der Freizeitgestaltung und des Kontakts innerhalb der Familie (vgl. Tabelle 48).

5.3.4.3. Selbstbeurteilter Zusammenhang zwischen Ausmass der Zwangssymptomatik und sozialer Integration.

In der folgenden Tabelle wird dargestellt, wie der Patient selbst den Zusammenhang zwischen der Intensitaet seiner Zwangssymptomatik und sozialer Adaptationsfaehigkeit in relevanten Lebensbereichen beurteilt.

KORRELATIONEN

Intensitaet der Zwangssymptomatik. Selbstbeurteilung	Intensitaet der sozialen Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen	N	Korr.
	1. Beeinträchtigung Umwelt	61	.686 ***
	2. Beeinträchtigung Selbstversorgung	61	.524 ***
	3. Beeinträchtigung Leistungsfähigkeit		
	Schule	6	.676 n.s.
	Arbeit	35	.628 ***
	Haushalt	40	.723 ***
	4. Soziale Isolation	61	.512 ***
	5. Beeinträchtigung Freizeitgestaltung	61	.057 n.s.
	6. Probleme im Alltag	61	.649 ***

Tab. 49: Korrelation zwischen Intensitaet der Zwangssymptomatik und sozialer Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen. Selbstbeurteilung des Patienten.

Signifikanzniveau: $p < .001$ = ***
 (Spearman Korr.Koeff) $p < .01$ = **
 $p < .05$ = *

Auch hier besteht ein hoher signifikanter Zusammenhang zwischen der Intensitaet der Zwangssymptomatik und dem Ausmass der Beeinträchtigung in einzelnen Lebensbereichen, vor allem der Leistungsfähigkeit und der Beeinträchtigung der Umwelt (vgl. Tabelle 49).

5.3.4.4. Uebereinstimmung zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung der Intensitaet der Zwangssymptomatik und der sozialen Beeintraehtigung.

Der Vergleich der Fremd- und Selbstbeurteilung bezieht sich einmal auf die Beurteilung der Intensitaet der Zwangssymptomatik (Abbildung 33) und beruecksichtigt dann die Einzelbeurteilungen sozialer Integration (Tabelle 50).



KORRELATIONEN

Vergleich: Beurteilung des psychischen Zustands des Patienten bei Katamnese 1) Selbstbeurteilung 2) Beurteilung durch den Untersucher	N	Korr.
1. Therapiebedürftigkeit	62	.577 ***
2. Intensität diagnoseunspezifischer Symptome	62	.448 ***
3. Sexuelle Störungen (+)	62	sig. ***
4. Selbstmordversuch (+)	62	sig. ***
5. Selbstmordgedanken (+)	62	sig. ***
6. Beeinträchtigung Umwelt	62	.652 ***
7. Beeinträchtigung Selbstversorgung	62	.638 ***
8. Beeinträchtigung Leistungsfähigkeit		
Schule	6	.053 n.s.
Arbeit	34	.816 ***
Haushalt	35	.744 ***
9. Soziale Isolation	62	.356 *
10. Beeinträchtigung Freizeitgestaltung	62	.095 n.s.

Tab. 50: Obereinstimmung der Fremd- und Selbstbeurteilung des psychischen Zustands zwangsneurotischer Patienten.

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
 (Spearman Korr.Koeff. $p < .01 = **$
 bzw. $\chi^2 \text{ } (+) \quad p < .05 = *$

Fremd- und Selbstbeurteilungen der Intensität der Zwangssymptomatik stimmen in einigen Intensitätsabstufungen relativ gut überein (keine, deutliche, starke Zwangssymptomatik) (vgl. Abb. 33). Die Beurteilungen sehr starker Zwangssymptomatik weichen voneinander ab. Die Überprüfung der Höhe des Zusammenhangs der Selbst- und Fremdbeurteilung der Intensität der Zwangssymptomatik ergab einen Korrelationskoeffizient von $r = .715$ (Spearman, Korrelationskoeffizient $p < 0,01$). Die Übereinstimmung der Fremd- und Selbstbeurteilung der sozialen Integrationsfähigkeit des Patienten in einzelnen relevanten Lebensbereichen ist ebenfalls hoch (vgl. Tab. 50), ausgenommen "sozialer Isolation" und "Freizeitgestaltung".

5.5.4.5. Zusammenhang zwischen standardisierter Fremd- und Selbstbeurteilung psychopathologischer Beschreibungsmerkmale
Die bisherigen Vergleiche bezogen sich auf die Beurteilung der Zwangssymptomatik direkt und auf Einzelaspekte sozialer Integration. Die Vergleiche wurden auf der Basis von Ratingskalen vorgenommen.

Selbst- und Fremdbeurteilungen psychopathologischer Merkmale liegen darüber hinaus in standardisierter Form vor (IMPS, KSb-S) (vgl. Tabelle 51).

	Klinische Selbstbeurteilungs- skalen (KSB-S)			Multidimensionale Beurteilungs- skalen für Klinikpatienten (IMPS)		
	Beschwerden- wert (B)	Paranoidwert (P)	Depressivi- tätswert (D)	Anxious- depressive (ANX)	Impaired Functioning (IMP)	Obsessive phobic (OBS)
Klinische Selbst- beurteilungs- Skalen (KSB-S)						
	0.5842 ***					
	0.7660 ***	0.6334 ***				
Multidimensio- nale Beurtei- lungsskala für Klinikpatienten (IMPS)	Anxious- depressive (ANX)	0.2781 ***	0.2984 ***	0.5839 ***		
	Impaired Functioning (IMP)	0.2781 *	0.2399 *	0.5373 ***	0.5876 ***	
	Obsessive- phobic (OBS)	0.2942 *	0.2883 *	0.4347 ***	0.3707 **	0.3120 **

Tab. 51: Zusammenhang zwischen standardisierten Fremd- und Selbstbeurteilungen allgemein klinisch-pathologischer Aspekte bei zwangsnervösen Patienten zum Zeitpunkt der Katastrophe.

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
 (Pearson Korr.Koeff.) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Der Zusammenhang zwischen den standardisierten klinischen Selbstbeurteilungsskalen ist insgesamt hoeher als derjenige zwischen standardisierten Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen. Der Zusammenhang zwischen den drei Syndromen, der Fremdbeurteilungsskala ist wiederum hoeher als derjenige zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung mit Ausnahme des Depressivitaetswertes der Selbstbeurteilungsskala. Auffallend ist, dass die Korrelation der Selbstbeurteilungsskalen miteinander den hoechsten Korrelationskoeffizienten zeigen. Setzt man inhaltlich analoge Fremd- und Selbstbeurteilung gegenueber, wie den Beschwerdenwert und die impaired functioning Skala, so ist der Zusammenhang relativ gering. Ein relativ hoher Zusammenhang besteht jedoch in der Selbst- und Fremdbeurteilung des depressiven Syndroms.

Innerhalb der fremdbeurteilten drei Syndrome kommt vor allem dem Zusammenhang zwischen anxious depression und impaired functioning groessere Bedeutung zu. Es wurde bereits nachgewiesen (vgl. Tabellen 47 und 48), dass ein hoher Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Zwangssymptomatik und sozialen Beeintraechtigung besteht. Es ist auch anzunehmen, dass ein Zusammenhang zwischen diagnosespezifischen und anderen pathologisch-relevanten Merkmalen bestehen wuerde (vgl. Abb. 34).

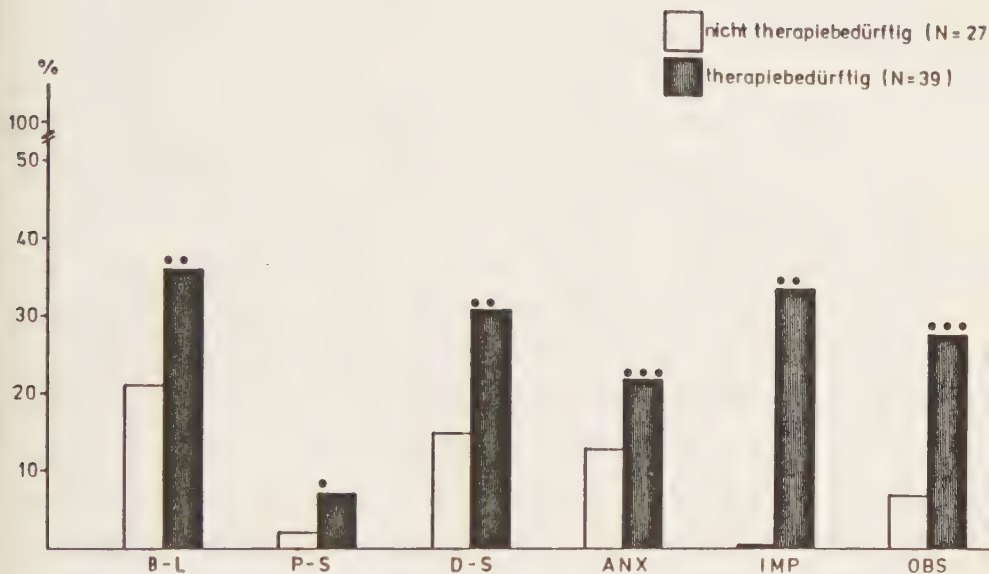


Abb. 34: Mediane in Prozent des möglichen Maximalwertes der standardisierten klinischen Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) und Fremdbeurteilungsskalen (IMPS) für die beiden Gruppen: Therapiebedürftig und nicht therapiebedürftig.

Signifikanzniveau des Unterschieds: $p < .001 = ***$
 $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Sowohl in der Fremd- als auch in der Selbstbeurteilung wird deutlich, dass bei stark ausgeprägter Zwangssymptomatik - die nach Meinung des Untersuchers therapeutisch angegangen werden musste - gleichzeitig auch körperliche und Allgemeinbeschwerden, emotional und kognitiv erlebte Störungen beschrieben werden.

5.3.4.6 Zusammenfassung und Diskussion

Die biosozialen Merkmale der nachuntersuchten Patienten haben sich in ihrer Häufigkeitsverteilung, mit Ausnahme des

durchschnittlichen Alters im Vergleich zur Aufnahme, nicht wesentlich veraendert. Entsprechend der durchschnittlichen Katamnesedauer von ca. 4 1/2 Jahren betraegt das durchschnittliche Alter der Patienten bei Katamnese ungefaehr 35 Jahre. Der diagnosespezifische Syndromscore (OBS) der IMPS wies bei mehr als der Haelfte der Patienten pathologische Werte auf. Zu vergleichbarem Ergebnis fuehrt die neu konstruierte Beurteilungsskala. Bei 27 (41%) Patienten wurden keine bzw. leichte Zwangssymptome und bei 39 (59%) deutliche bis sehr starke Zwangssymptome beurteilt. Der Zusammenhang zwischen Ausmass der Symptomatik und global beurteilte soziale Integration ist sehr hoch. (Spearman Korrelationskoeffizient $r = .707$ $p < 0,001$). Betrachtet man einzelne Lebensbereiche, so steht die Intensitaet der Zwangssymptomatik insbesondere mit einer reduzierten Leistungsfaeigkeit und beeintraechtigten Freizeitgestaltung in Zusammenhang. Ferner tritt die Zwangssymptomatik mit der Beeintraechtigung des Zusammenlebens innerhalb der Familie und der Umwelt allgemein auf.

Neben der Zwangssymptomatik werden weitere psychopathologische Merkmale beurteilt, die dem depressiven Syndrom zuzuordnen sind und ferner Hinweise auf Beeintraechtigung allgemeiner Funktionsablaeufo geben. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Zwangssymptomatik und pathologisch auffaelligen anderen Syndromen, so zeigt sich vor allem bei der Patientengruppe, die vom Untersucher als therapiebeduerftig angesehen wird (hohe Intensitaetsstufen der Zwangssymptomatik), pathologisch auffaellige Werte.

Die Selbstbeurteilung des psychischen Zustands bei Katamnese

fuehrt zu dem Ergebnis, dass 31 (51%) Patienten keine bzw. leichte Zwangssymptome angeben und glauben, ohne professionelle Hilfe zurechtzukommen und 30 (49%) deutliche bis sehr starke Zwangssymptome beschreiben und sich als therapiebeduerftig einschaeetzen. Die Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Ausmass der Zwangssymptomatik und sozialer Adaptationsfaehigkeit zeigt insgesamt hohe Korrelationen mit Ausnahme der Freizeitgestaltung. Die standardisierte Selbstbeurteilung klinisch-pathologischer Merkmale zeigt (im Vergleich zur Norm) bei etwas weniger als der Haelfte der Patienten einen pathologisch auffaelligen Beschwerdenwert (B) und Depressivitaetswert (D). Der Paranoidwert (P) ist insgesamt (im Vergleich zur Norm) unauffaellig.

Die Gegenueberstellung der standardisierten klinischen Selbstbeurteilungsskalen mit der fremdbeurteilten angenommenen Therapiebeduerftigkeit (hohe Intensitaetsstufen) zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Ausmass der Zwangssymptomatik und Hoehe der selbstbeurteilten allgemeinen pathologischen Merkmale.

Anliegen dieses Kapitels war es, die Uebereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung inhaltlich vergleichbarer Aspekte zu ueberpruefen. Die Voraussetzung des Vergleichs von Fremd- und Eigenbeurteilungen waren aufgrund einer hohen Interrater Reliabilitaet gegeben. Patient und Untersucher beurteilen die Intensitaet der Zwangssymptomatik generell gleich. Deutliche Abweichungen ergaben sich bei der Beurteilung von "sehr starker" Symptomatik. Das diskrepante Ergebnis ist wahrscheinlich durch unterschiedliche Beurteilungsaspekte zu erklaren. Die

Fremdbeurteilung orientierte sich an normalem, ungestoertem Verhalten (interindividuelle Beurteilungsebene). Der Patient hingegen zog u.U. staerker einen intraindividuellen Vergleich. Er orientierte sich an dem, was er noch leisten konnte und sah die extremste Intensitaetsbeurteilung fuer ihn als unzutreffend an.

Soziale Beeintraechtigungen in relevanten Lebensbereichen werden von Selbst- und Fremdbeurteilungen allgemein mit hoher Uebereinstimmung gesehen. Eine Ausnahme stellen die Bereiche Freizeitgestaltung und soziale Isolation dar. Hier kommt es zu deutlichen Abweichungen. Denkbar ist, dass Patienten von alleine nicht registrierten, dass die Einschraenkung oder der volle Verzicht von Freizeitaktivitaeten und sozialen Kontakten eine Konsequenz der Symptomatik sein koennte. Bei gleichem Fragenkomplex im persoenlichen Interview wurde sehr wohl ein Zusammenhang zwischen Zwangssymptomatik, mangelnder Freizeitaktivitaet und sozialer Isolation beschrieben.

Der Vergleich standardisierter fremd- und selbstbeurteilter psychopathologischer Gesichtspunkte ist nicht ganz unproblematisch, weil nicht alle Werte bzw. nicht alle Syndrome vom Konstrukt her ausreichend aehnlich konstruiert sind. In etwa vergleichbar sind die Konstrukte allgemein koerperlicher Beschwerden (Beschwerdenwert vs. impaired functioning) und emotionale Stoerungen im Sinne depressiver Verstimmungen (Depressivitaetswert vs. anxious depression). Hier zeigen sich hochsignifikante Zusammenhaenge bezueglich der Beurteilung des depressiven Syndroms (D vs. ANX) aber auch des selbstbeurteilten depressiven Syndroms und fremdbeurteilter Beeintraechtigung

allgemeiner Funktionsablaeufe. (D vs. IMP). Dies ist nicht verwunderlich, da in das Syndrom impaired functioning auch Einzelsymptome eingehen, die fuer das depressive Syndrom typisch sein koennen. Die Uebereinstimmung von koerperlichen und Allgemeinbeschwerden ist signifikant, jedoch nicht hoch (R vs. IMP).

Abschliessend kann gesagt werden, dass der psychische Zustand der zwangsneurotischen Patienten vergleichbar durch Fremd- und Selbstbeurteilung dargestellt werden kann. Zu beruecksichtigen ist, dass das Ausmass der Stoerung in Verbindung mit der Beurteilung sozialer Adaptionsfaehigkeit in der Fremdbeurteilung deutlicher als in der Selbstbeurteilung wird. Die Beschwerden - unabhaengig von gleichzeitiger Beeintraechtigung sozialer Anpassung - werden vom Patienten sehr wohl deutlich beschrieben (vgl. z.B. Beschwerdenwert, Depressivitaetswert). In die Selbstbeurteilung diagnose-spezifischer Stoerungen, die laut Definition an soziale Konsequenzen gebunden sind (z. B. sehr starke Zwangssymptomatik), scheinen andere Aspekte einzugehen oder die Beurteilungen sich nicht mehr an der Norm zu orientieren, sondern am eigenen intraindividuellen Bezugssystem. Der Patient mit sehr starken Zwangssymptomen kann vor sich selbst - schon aus Selbstschutz - nicht zugeben, dass er ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommt, sozial voellig isoliert ist und keiner Freizeitbeschaeftigung mehr nachgehen kann. Er orientiert sich stattdessen an dem, was er noch kann, schraubt seine Ansprueche herunter, vermeidet Situationen (z.B. Umgang mit anderen, Freizeit) und vermeidet somit auch Zwangsrituale.

Die Selbstbeurteilung bietet sich, im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, durchaus als Moeglichkeit an, um einen Eindruck des aktuellen psychischen Zustands der nachuntersuchten, zwangsneurotischen Patienten zu bekommen. Sie erscheint als ein brauchbares Instrument, um die Hilfsbeduerftigkeit eines Patienten dieser Diagnosegruppe einschaeetzen zu koennen. Dieses Ergebnis war insofern von Bedeutung als haeufig systematisch angelegte Katamnesen aus personaloekonomischen, zeitlichen wie finanziellen Gesichtspunkten nicht durchgefuehrt werden koennen.

5.3.5. Auswahl von Katamnesekriterien zur Ueberpruefung der prognostischen Relevanz von Einzelfaktoren

Die Beschreibung des aktuellen Zustands der nachuntersuchten Patienten umfasste Fremd- und Selbstbeurteilungen, globale wie differenzierte Beurteilungsmasse, diagnosespezifische und allgemein klinische Merkmale. Zur weiteren Analyse des langfristigen Verlaufs, d.h. zur Beurteilung der Prognose einzelner Faktoren, sollen lediglich die Masse genommen werden, die den groessten Teil der Einzelbeurteilungen mit einbeziehen.

5.3.5.1. Statistische Ueberpruefung des Zusammenhangs der verschiedenen Beurteilungskriterien des psychischen Zustands untereinander.

An den veroeffentlichten katamnestischen Untersuchungen ist insbesondere die Einseitigkeit oder gar willkuerliche Auswahl der Beurteilungskriterien zu kritisieren (vgl. S 37ff). Zum Teil wurde Prognosefaktoren nur in bezug zur Intensitaet der Zwangssymptomatik oder nur in bezug zur Verlaufsrichtung (verbessert - verschlechtert - unveraendert) gesetzt oder nur die soziale Adaptationsfaehigkeit als Kriterium herangezogen. Einige

wenige Arbeiten bezogen sowohl klinisch relevante Kriterien (Besserungsrate, Intensitaetsmasse) als auch Beurteilungen der sozialen Integrationsfaehigkeit mit ein. Die Auswahl des (der) 'outcome' Kriteriums (en) sollte aber nicht willkuerlich erfolgen, sondern es sollten aus den Katamnese-daten die 'outcome' Kriterien herausgearbeitet werden, die am besten alle anderen relevanten Daten reflektieren. Gegebenenfalls muessten mehrere 'outcome' Kriterien gewaehlt werden, wenn z.B. die Interkorrelationen zu gering sind, als dass man ein 'outcome' Kriterium durch ein anderes erfassen wuerde. In dieser Arbeit wurde deshalb besonderer Wert darauf gelegt, diejenigen Beurteilungen herauszuarbeiten, die insgesamt am ehesten vermitteln, wie es ehemals behandelten Patienten geht. Zur Beurteilung des psychischen Zustands wurden sowohl unterschiedlich klinische als auch soziale Beurteilungen gewaehlt. Denn ohne den Nachweis zu erbringen, ob zur Ueberpruefung von Prognosefaktoren tatsaechlich verschiedene Katamnese-kriterien erforderlich sind, bliebe die oben geausserte Kritik an den Veroeffentlichungen vordergruendig. Aus diesem Grund wurde hier ueberprueft, ob die Beurteilung der diagnose-spezifischen Symptomatik ausreicht, oder ob die globale Beurteilung psychischer Symptomatik insgesamt unter Beruecksichtigung angenommener Therapiebeduerftigkeit besser ist. Weiterhin wurde gefragt, ob die Beurteilung der sozialen Adaptationsfaehigkeit insgesamt einen ausreichenden Eindruck vermittelt und ob der Patient allein zurechtkommt oder nicht. Sinnvoll erscheint uns ausserdem die Frage, ob die kombinierten Beurteilungen der Symptomatik mit sozialer Adaptationsfaehigkeit am ehesten den psychischen Zustand vermitteln und zur Vorhersage des langfristigen Verlaufs ein relevantes Kriterium darstellen

wuerde.

Abgesehen von den neu konstruierten Beurteilungsskalen sollte ueberlegt werden, ob diagnoseunabhaengige klinisch relevante Selbst- und Fremdbeurteilungen (KSb-S, IMPS, GAS) hinreichend gut den psychischen Zustand vermitteln und die Ueberpruefung von Prognosefaktoren erlauben wuerde. Es war zu erwarten, dass in Fremd- und Selbstbeurteilungen in einigen Bereichen unterschiedliche Aspekte eingehen. Unter diesem Gesichtspunkt ist zu ueberpruefen, ob nicht gerade die Kombination standardisierter Selbst- und Fremdbeurteilungen klinisch relevanter Faktoren ein optimales Katamnesekriterium darstellt.

Bereits vor der statistischen Ueberpruefung des Zusammenhangs der verschiedenen Beurteilungskriterien des psychischen Zustands untereinander, wurden aufgrund inhaltlicher Ueberlegungen einige Beurteilungsaspekte ausgeschlossen. Nicht weiterverfolgt werden subjektive Beurteilungen diagnose-spezifischer Symptomatik und soziale Beeintraechtigungen. Die weitgehende Reduktion der Prognosefaktoren auf Expertenbeurteilungen wurde vorgenommen, um die Variation innerhalb der Katamnesekriterien zu verkleinern und die Vergleichbarkeit mit anderen Arbeiten zu vereinfachen. Auf die diagnoseunabhaengigen standardisierten Selbstbeurteilungsskalen wurde hingegen nicht verzichtet, weil hier ein normativer Vergleich hinsichtlich pathologisch auffaelliger bzw. unauffaelliger Aeusserungen moeglich ist. Innerhalb der Fremdbeurteilungen wurde ebenfalls eine Reduktion vorgenommen. Dies betraf die Einzelbeurteilungen sozialer Beeintraechtigung in relevanten Lebensbereichen.

Der besseren Uebersicht halber werden zunaechst die Zusammenhaenge innerhalb der standardisierten Selbst- und Fremdbeurteilungen diskutiert (vgl. Tabelle 52). In der danach folgenden Tabelle 53 werden die konstruierten Ratingskalen miteinander korreliert und letztlich (vgl. Tabelle 54) wird der Zusammenhang zwischen standardisierten klinischen Selbst- bzw. Fremdbeurteilungsskalen und konstruierten Ratingskalen hergestellt.

Tabelle 52 zeigt den Zusammenhang der standardisierten klinischen Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen. Die Selbst- und Fremdbeurteilungen wurden als Einzelskalen bzw. als Einzelsyndrome aufgeschluesselt und auch als Selbst- bzw. Fremdbeurteilungen zusammengefasst.

Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S)				Multidimensionale Beurteilungsskalen für Klinikpatienten (IMPS)				Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) + Multidimensionale Beurteilungsskalen für Klinikpatienten (IMPS)			
Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S)	Einzelsskalen	Beschwerdenswert (B)	Paranoidwert (P)	Depressivitätswert (D)	Skalenkombination: B + P + D	Einzelssymptome			Symptomkombination		
						Anxious-depressive (ANX)	Impaired Functioning (IMP)	Obsessive phobic (OBS)			
Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S)	Beschwerdenswert (B)										
	Einzelsskalen	Paranoidwert (P)	0.5842 ***								
		Depressivitätswert (D)	0.7660 ***								
		B + P + D	0.9080 ***	0.7712 ***	0.9355 ***						
Multidimensionale Beurteilungsskalen (IMPS)	Einzelsskalen	Anxious-depressive (ANX)	0.2830 *	0.2984 *	0.5839 ***	0.4057 **					
		Impaired Functioning (IMP)	0.2781 *	0.2399 *	0.5373 ***	0.4164 **	0.5876 ***				
		Obsessive phobic (OBS)	0.2942 *	0.2883 *	0.4347 ***	0.3325 **	0.3707 **	0.3120 **			
		ANX + IMP + OBS	0.3451 **	0.3257 **	0.6323 ***	0.4780 ***	0.7658 ***	0.8776 ***	0.6296 ***		
Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) + Multidimensionale Beurteilungsskalen für Klinikpatienten (IMPS)			0.7216 ***	0.6187 ***	0.8986 ***	0.8337 ***	0.7050 ***	0.7560 ***	0.5927 ***	0.8023 ***	

Tab. 52: Zusammenhang zwischen standardisierten Fremd- und Selbstbeurteilungen allgemeiner klinisch-pathologischer Aspekte bei zwangsneurotischen Patienten. Aufschlüsselung nach Einzelsskalen bzw. -syndromen und Skalen- bzw. Syndromkombinationen.

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
(Pearson Korr.-koeff.) $p < .01 = **$

Innerhalb der Selbstbeurteilungen zeigt sich, dass die Zusammenfassungen verschiedener pathologischer Merkmale insgesamt einen geringeren Zusammenhang mit den Skalen und Syndromscores aufweisen als die Depressivitaetsskala allein. Die Depressivitaetsskala zeigt somit insgesamt die hoechsten Zusammenhaenge mit anderen Skalen und Syndromen in der Rangfolge: Standardisierte klinische Selbstbeurteilungsskalen insgesamt (KSb-S), kombinierte Selbst- und Fremdbeurteilungen (IMPS + KSb-S), Befindlichkeitsskala (BL), Paranoidskala (PS) und Fremdbeurteilungen insgesamt (IMPS). Ferner mit den Einzelsyndromen der IMPS (IMP, ANX und OBS). Der Zusammenhang der Befindlichkeitsskala und auch der Paranoidskala mit den Einzelsyndromen der IMPS und zusammengefassten Syndromen der IMPS ist im Vergleich zur Depressivitaetsskala und KSb-S insgesamt niedriger.

Es zeigt sich bei den Einzelsyndromen bzw. den zusammengefassten Syndromen der Fremdbeurteilungsskala (IMPS), dass die kombinierten Faktoren der IMPS einen hoeheren Zusammenhang mit sowohl den Einzelskalen der KSb-S als auch den zusammengefassten Selbstbeurteilungen aufweisen, als die Einzelsyndrome fuer sich betrachtet. Innerhalb der Einzelsyndrome besteht fuer das Syndrom impaired functioning insgesamt ein hoeherer Zusammenhang mit den anderen Faktoren, getrennt als fuer die Faktoren anxious depression und obsessional-phobic. Diese Ergebnisse legen nahe, bei den klinischen Selbstbeurteilungsskalen auf eine Zusammenfassung zu verzichten und zur Ueberpruefung der Prognosefaktoren die Selbstbeurteilungen voneinander getrennt zu lassen. Bei den Fremdbeurteilungen ist eine Zusammenfassung der fuer die nachuntersuchten Patienten relevanten Syndrome hingegen

sinnvoll.

Tabelle 53 zeigt den Zusammenhang der neu konstruierten Beurteilungsskalen untereinander.

Intensität der Zwangssymptomatik	Intensität der Zwangssymptomatik	Intensität diagnoseunspezifischer Symptome	Beurteilte Therapiebedürftigkeit	soziale Beeinträchtigung insgesamt	Global Assessment scale	Verlaufstyp (gebessert/verschlechtert/unverändert)
Intensität der Zwangssymptomatik						
Intensität diagnoseunspezifischer Symptome	0.4126 **					
Beurteilte Therapiebedürftigkeit	0.7254 **	0.6206 **				
Soziale Beeinträchtigung insgesamt	0.5564 **	0.5126 **	0.7529 **			
Global Assessment scale	- 0.7856 **	- 0.4416 **	-0.7460 **	- 0.7051 **		
Verlaufstyp (gebessert/verschlechtert/unverändert)	0.4588 **	0.0652 ^{n.s.}	0.3752 **	0.3428 **	0.4165 **	

Tab. 53: Zusammenhang zwischen neukonstruierten und übernommenen Fremdbeurteilungen klinischer und sozialer Aspekte.

Signifikanzniveau:

$p < .001 = ***$

(Spearman Korr.Koeff.)

$p < .01 = **$

$p < .05 = *$

Es zeigt sich eindeutig, dass die uebernommene standardisierte Global Assessment Scale (GAS), die sowohl Intensitaetsstufungen der psychischen Stoerungen, als auch soziale Beeintraechtigungen beruecksichtigt, die staerksten Zusammenhaenge mit anderen Beurteilungszusammenhaenge aufweist. Danach folgt die selbstkonstruierte Beurteilungsskala der Intensitaet psychischer Symptome insgesamt, unter Einbeziehung einer angenommenen Therapiebeduerftigkeit, ferner die Beurteilung der diagnose-spezifischer Symptomatik. Hierbei ist jedoch zu beruecksichtigen, dass bei den hohen Intensitaetsstufen auch Aspekte sozialer Integration mit eingehen, jedoch andere psychische Symptome unberuecksichtigt bleiben. Es schliessen sich in der Rangfolge letztlich die Beurteilungen der sozialen Beeintraechtigung und des Verlaufstyps an.

Die Ergebnisse fuehren zur Auswahl folgender Katamnese-kriterien: An erster Stelle steht die Global Assessment Scale (GAS), die sowohl klinische als auch soziale Aspekte beruecksichtigt. Ferner die Beurteilung der angenommenen Therapiebeduerftigkeit des Patienten sowie der diagnosespezifischen Symptomatik. Auf die Beurteilung der sozialen Beeintraechtigung und des Verlaufstyps wird bei Ueberpruefung der Prognosefaktoren (vgl. 5.6) verzichtet.

Tabelle 54 zeigt den Zusammenhang zwischen standardisiertes Selbst- bzw. Fremdbeurteilungen und neu konstruierten Ratingskalen.

		Intensität der Zwangs- symptomatik	Intensität diagnose- unspezifischer Symptome	Beurteilte Therapie- bedürftig- keit	Soziale Beein- trächtigung insgesamt	Global Assessment scale	Verlaufs- typ (geg- besserte verschle- tert/un- ändert)
Beschwerdenwert	B	0.3526 **	0.2011 n.s.	0.2434 *	0.2642 *	- 0.3767 **	0.2166 *
Paranoidwert	P	0.3196 **	0.1760 n.s.	0.2683 *	0.2777 *	- 0.2585 *	0.2045 *
Depressivitäts- wert	D	0.5119 **	0.4290 **	0.532 **	0.5457 **	- 0.6166 **	0.2105 *
Klinische Selbst- beurteilungs- skalen	Ksb-S	0.4238 **	0.3030 **	0.3451 **	0.3577 **	- 0.4666 **	0.2362 *
Impaired Functioning	IMP	0.5240 **	0.4513 **	0.5116 **	0.4652 **	- 0.6078 **	0.2204 *
Anxious- depressive	ANX	0.4715 **	0.5203 **	0.4913 **	0.4762 **	- 0.5588 **	0.1715 *
Obsessive phobic	OBS	0.6466 **	0.2629 *	0.5652 **	0.4811 **	- 0.6611 **	0.5440 *
Multidimensionale Beurteilungs- skalen für Klinik- patienten	IMPS	0.6742 **	0.5536 **	0.6453 **	0.6136 **	- 0.7614 **	0.3478 *
	Ksb-S + IMPS	0.6576 **	0.5012 **	0.5988 **	0.6096 **	- 0.7454 **	0.3578 *

Tab. 54: Zusammenhang zwischen standardisierten Fremd- und Selbstbeurteilungen allgemein klinisch-pathologischer Aspekte bei zwangsneurotischen Patienten und neukonstruierten und übernommenen Fremdbeurteilungen klinisch/sozialer Aspekte

Signifikanzniveau:
(Spearman Korr.Koeff.)

$p < .001 = ***$

$p < .01 = **$

$p < .05 = *$

Die Ergebnisse der Tabelle 52 und Tabelle 53 spiegeln sich in dieser Korrelationsmatrix wider. Die Einzelaspekte der klinischen Selbstbeurteilungen zeigen einen hoeheren Zusammenhang mit den Ratingskalen als die KSb-S insgesamt. Auch die Rangfolge der neu konstruierten Ratingskalen wird weitgehend bestaetigt. Der hoechste Zusammenhang besteht mit der Global Assessment Scale gefolgt von der beurteilten Therapiebeduerftigkeit und Intensitaet diagnose-spezifischer Symptome. Bei den standardisierten Fremdbeurteilungen weisen die kombinierten Syndrome insgesamt einen hoeheren Zusammenhang, verglichen mit den Einzelfaktoren, auf. Auch hier wird die bereits beschriebene Rangfolge bei den Ratingskalen deutlich.

5.3.5.2. Zusammenfassung und Diskussion

Ziel dieses Kapitels war es, die Katamnesekriterien auf eine handhabbare Anzahl zu reduzieren. Die Reduktion sollte dennoch gewaehrleisten, dass sowohl diagnose-spezifisch, allgemein klinisch und soziale Aspekte repraesentiert bleiben. Anhand der Katamnesekriterien, die sich als repraesentativ erwiesen haben, soll spaeter die prognostische Bedeutung einzelner Risikofaktoren fuer den langfristigen Verlauf ueberprueft werden (vgl. Kapitel 5.6.).

Die Ergebnisse unterstuetzen die Annahme, dass zur Beschreibung langfristiger Verlaeufo mehrere unterschiedliche Beurteilungskriterien von Bedeutung sind. Als relativ unbedeutend erweist sich die einseitige Beurteilung der Verlaufsrichtung und sozialen Beeintraehtigung. Relevant sind kombinierte Informationen. Hierzu gehoert das Ausmass psychischer Stoerungen insgesamt, in Relation zur sozialen

Integrationsfaehigkeit oder unter Einbeziehung der zusaetzlichen Beurteilungen der Therapiebeduerftigkeit. Fuer diagnosespezifische Analysen ist sicherlich die engere Beurteilung der Zwangssymptomatik und sozialen Adaptationsfaehigkeit sinnvoll. Die Einbeziehung standardisierter Testdaten ist wertvoll unter dem Gesichtspunkt normativer Vergleichsmoeglichkeiten. Da in Selbst- und Fremdbeurteilungen in einigen Bereichen unterschiedliche Aspekte eingingen, sollte auf beides nicht verzichtet werden. Bei der Selbstbeurteilung ist die isolierte Betrachtung einzelner Aspekte pathologischer Auffaelligkeit bzw. Unauffaelligkeit von Bedeutung. Bei den standardisierten Fremdbeurteilungen korreliert hingegen die Kombination verschiedener Beurteilungsaspekte klinischer Syndrome staerker mit andern 'outcome' Kriterien. In die Ueberpruefung diagnostischer Relevanz einzelner Prognosefaktoren gehen diese Ergebnisse ein.

5.4. Beschreibung des Verlaufs zwischen Aufnahme, Entlassung und Katamnese

Ein wesentliches Ziel katamnestischer Untersuchungen besteht in der langfristigen ausserklinischen Beschreibung von Krankheitsverlaeufen. Um Veraenderungen von Krankheitsverlaeufen sehen zu koennen, bieten sich Mehr-Punkte-Messungen als eine Methode an. In dieser Untersuchung wird die Veraenderung der Symptomatik zunaechst zwischen den drei verschiedenen Zeitpunkten, Aufnahme, Entlassung und Katamnese dargestellt. Bei der Gegenueberstellung wird einmal die Veraenderung der Zwangssymptomatik selbst betrachtet und zum anderen die Veraenderung anhand standardisierter klinischer

Beschreibungsmerkmale dargestellt.

5.4.1. Aufnahme - Entlassung

Die Veraenderung der Zwangssymptomatik waehrend des stationaeren Aufenthalts demonstriert lediglich den unmittelbaren Behandlungserfolg. Eine ursaechliche Aufschluesselung des Behandlungserfolges nach verschiedenen Komponenten, wie Behandlungsdauer, Behandlungsmassnahmen usw. wurde nicht vorgenommen, da die Dokumentation fuer eine derart detaillierte Analyse nicht ausreichte.

5.4.1.1. Klinische Beschreibungsebene

Im folgenden wird dargestellt, welche Veraenderungen sich im globalen Symptom-Intensitaetsrating zwischen Aufnahme und Entlassung ergeben (vgl. Tabelle 55).

Inten- sitaet: Aufnahme	Zustand bei Entlassung				
	geheilt	gut ge- bessert	wenig ge- bessert	unver- ändert	
deutlich	2	3	1		6 (9%)
stark		7	3		10 (15%)
sehr stark	4	26	15	5	50 (76%)
	6 (9%)	36 (55%)	19 (29%)	5 (8%)	66 (100%)

Tab. 55 : Veränderung der Intensität der Zwangssymptomatik.
Vergleich: Intensität bei Aufnahme/Zustand bei Entlassung

Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren die meisten Patienten durch sehr starke Zwangssymptome charakterisiert. Die Beurteilung der damaligen behandelnden Therapeuten bei Entlassung ergab bei 9% einen sehr guten bzw. bei 55% einen guten unmittelbaren Behandlungserfolg.

5.4.1.2. Standardisierte Fremdbeurteilung

Multidimensionale psychiatrische Beurteilungsskala fuer Klinikpatienten (IMPS)

Ein statistischer Vergleich war aufgrund von fehlenden Daten nur bei einem Teil der Patienten moeglich. In der folgenden Abbildung 35 wird die Veraenderung der Syndromscores zwischen Aufnahme und Entlassung dargestellt.

Die Abbildung 35 zeigt die Veraenderung der Testwerte zwischen Aufnahme und Entlassung. Es wird der Median in Prozent des moeglichen Maximalwertes dargestellt.

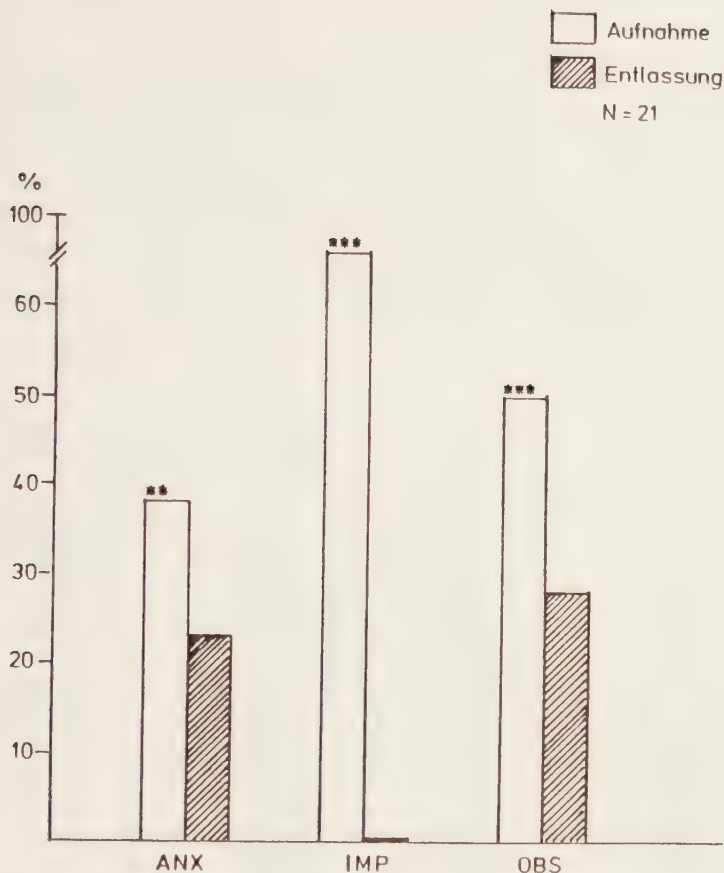


Abb. 35: Veränderung der Testscores zwischen Aufnahme und Entlassung. Aufschlüsselung nach Mediane der Stichproben in Prozent des möglichen Maximalwertes der diagnoserelevanten Syndromscores ANX - IMP - OBS.

Signifikanzniveau der Veränderung: $p < .001 = ***$
 $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$
 (Vorzeichen-Test)

Zwischen Aufnahme und Entlassung haben sich die Testscores insgesamt signifikant verringert. Trotzdem ist ein Grossteil der Patienten noch pathologisch auffällig bezüglich des depressiven Syndroms (ANX) und (analog zur klinischen Beurteilung (Intensität) des phobisch-anankastisch Syndroms (OBS)).

5.4.1.3. Standardisierte klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S)

Die Testdaten der klinischen Selbstbeurteilungsskalen liegen nur bei einem Teil der Patienten vor. Die Veränderung der Testscores in den klinischen Selbstbeurteilungsskalen zwischen Aufnahme und Entlassung wird in Abbildung 36 dargestellt und mit der Normskala verglichen.

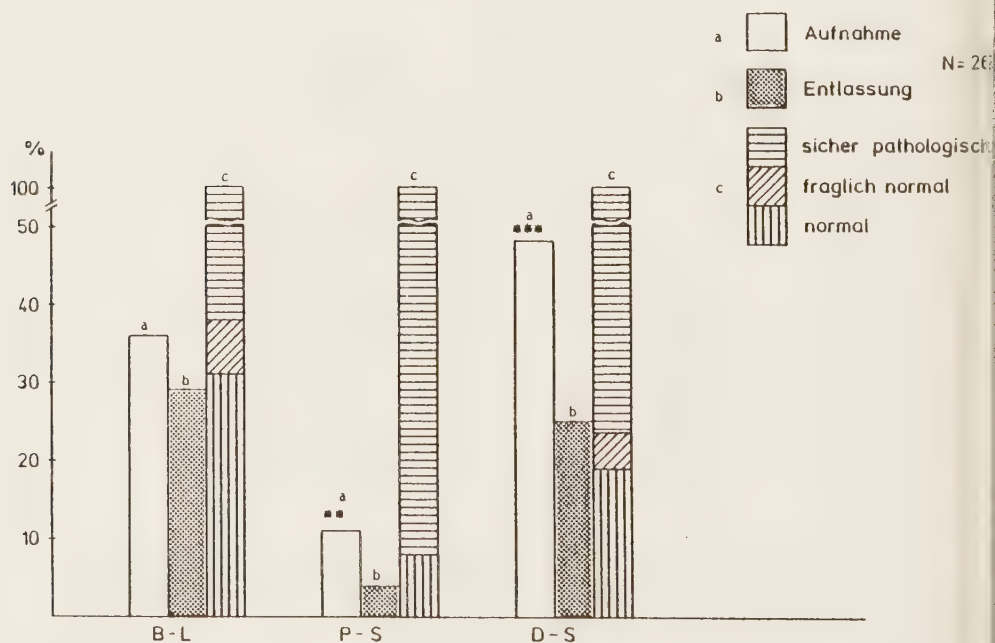


Abb. 36: Veränderung der Testwerte zwischen Aufnahme (a) und Entlassung (b). Aufschlüsselung nach Mediane der Stichproben in Prozent des möglichen Maximalwertes der klinischen Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) im Vergleich zur Normskala (c).

Signifikanzniveau der Veränderung: $p < .001 = ***$
 (Vorzeichen-Test) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Die Mediane der Depressivitaetsskala (Vorzeichentest $p < 0.001$) und der Paranoidskaala (Vorzeichentest $p < 0.01$) unterscheiden sich signifikant. Die Mediane der Beschwerdenliste zeigen keine signifikanten Unterschiede. Im Vergleich zur Norm liegen mehr Patienten bei Entlassung im pathologisch unauffaelligen Bereich bezueglich des Beschwerdenwertes und Paranoidwertes. Der Depressivitaetswert ist jedoch bei der Haelfte der Patienten pathologisch auffaellig.

5.4.2. Aufnahme-Katamnese

5.4.2.1. Klinische Beschreibungsebene

Die Tabelle 56 zeigt die Veraenderung der Intensitaet der Zwangssymptomatik zwischen Aufnahme und Katamnese.

Intensitaet: Katamnese						
Intensitaet: Aufnahme	keine	leicht	deutlich	stark	sehr stark	
deutlich	3	2	1			6 (9%)
stark	1	3	6			10 (15%)
sehr stark	9	9	5	8	19	50 (76%)
	13 (20%)	14 (21%)	12 (18%)	8 (12%)	19 (29%)	66 (100%)

Tab. 56 : Veraenderung der Intensitaet der Zwangssymptomatik.
Vergleich: Intensitaet bei Aufnahme/Intensitaet bei Katamnese.

Insgesamt gesehen kommen 27 (41%) Patienten nach Ansicht des Beurteilers bei Katamnese ohne therapeutische Hilfe zurecht (keine bzw. leichte Zwangssymptome); 39 (59%) Patienten wurde eine Behandlung nach wie vor z.T. dringend empfohlen.

5.4.2.2. Standardisierte Fremdbeurteilung

Multidimensionale Beurteilungsskala fuer Klinikpatienten (IMPS)

Die Veraenderung der standardisierten Fremdbeurteilung wird in Abbildung 37 dargestellt. Ein statistischer Vergleich war nur fuer einen Teil der Patienten moeglich (N = 32), weil einige Aufnahmedaten fehlten (vgl. Abb.37).

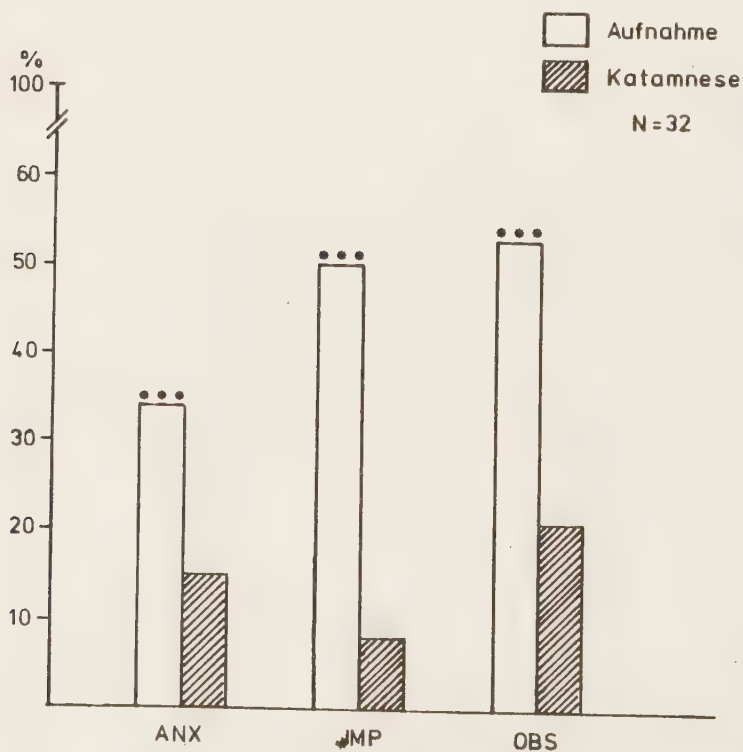


Abb. 37: Veränderung der Testscores zwischen Aufnahme und Katamnese. Aufschlüsselung nach Mediane der Stichproben in Prozent des möglichen Maximalwertes der diagnoserelevanten Faktoren der multidimensionalen Beurteilungsskala für Klinikpatienten (IMPS).

Signifikanzniveau:
 (Vorzeichen-Test) $p < .001 = ***$
 $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Die Mediane der Faktoren ANX, IMP und OBS haben sich zwischen Aufnahme und Katamnese signifikant verringert (Vorzeichentest $p < 0.001$). Ein Teil der Patienten zeigt dennoch in dem Syndrom ANX und verstaerkt in dem Syndrom obsessional-phobic nach wie vor pathologisch auffaellige Werte.

5.4.2.3. Standardisierte klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSB-S)

Die Testdaten der klinischen Selbstbeurteilungsskalen liegen nur von 29 Patienten vor, weil ein Teil der Aufnahmedaten fehlten (vgl. Abb.38).

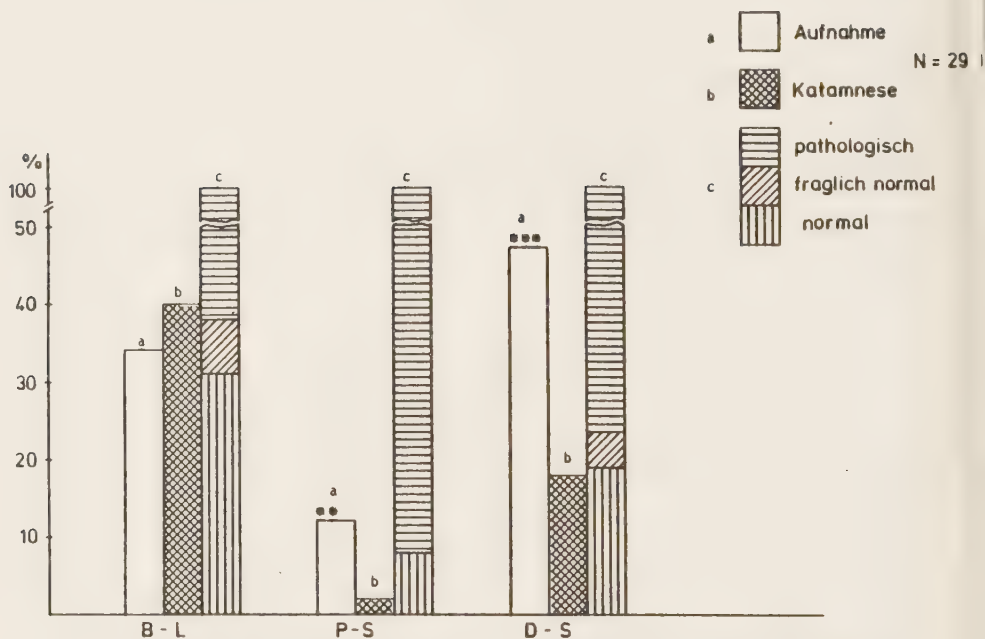


Abb. 38: Veränderung der Testscores zwischen Aufnahme (a) und Katamnese (b) Aufschlüsselung nach Mediane der Stichproben in Prozent des möglichen Maximalwertes der klinischen Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) im Vergleich zur Normskala (c).

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
 (vorzeichen-Test) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Die Testscores der Paranoidskala und der Depressivitaetskala haben sich zwischen Aufnahme und Katamnese hochsignifikant verringert (Vorzeichentest $p < 0.001$) und liegen vorwiegend im pathologisch unauffaelligen Bereich. Der Median der BL-Werte ist bei Katamnese hoeher, der Unterschied zur Aufnahme ist aber nicht signifikant. Die Werte liegen zum Zeitpunkt der Katamnese bei ca. 50% der Patienten im pathologischen auffaelligen Bereich.

5.4.3. Entlassung - Katamnese

Der unmittelbare Behandlungserfolg kann fuer den langfristischen Verlauf von geringer Bedeutung sein. Wieder ist zu betonen, dass in dieser Arbeit es nicht um eine Therapiebewertung geht, sondern darum zu beschreiben, ob eine erzielte kurzfristige Reduktion der Intensitaet der Symptomatik von Dauer ist oder nicht.

5.4.3.1. Klinische Beschreibungsebene

Die Veraenderungen des globalen Symptomintensitaetsrating zwischen Entlassung und Katamnese wird in Tabelle 57 dargestellt.

Inten- sitaet: Katamnese	Zustand bei Entlassung				
	geheilt	gut ge- bessert	wenig ge- bessert	unver- ändert	
keine	1	8	4		13 (20%)
leichte	2	8	2	2	14 (21%)
deutliche	1	7	4		12 (18%)
stark	1	4	3		8 (12%)
sehr stark	1	9	6	3	19 (29%)
	6 (9%)	36 (55%)	19 (29%)	5 (8%)	66 (100%)

Tab. 57 : Veränderung der Intensität der Zwangssymptomatik.
Vergleich: Zustand bei Entlassung/Intensität bei Katamnese

Drei der als geheilt entlassenen sechs Patienten, 20 (56%) der gut gebesserten und 13 (68%) der wenig gebesserten Patienten sind bei der Nachuntersuchung wieder als behandlungsbeduerftig beurteilt worden.

5.4.3.2. Syndromwandel

Bei der Aufnahme zur stationaeren Behandlung im MPI-P standen zwangsneurotische Symptome eindeutig im Vordergrund des Krankheitsbildes, so dass die Diagnose Zwangsneurose (ICD:WHO 300.3) sichergestellt werden konnte.

Es wird in Tabelle 58 dargestellt, ob zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung das Krankheitsbild der Patienten, die nicht symptomfrei sind, nach wie vor durch zwangsneurotische Symptome oder aber durch Symptomen gepraeagt ist, die auf eine andere Diagnose hinweisen.

N = 66			
	Erst-Dia-gnose	Zweit-Dia-gnose	Differen-tial Diagnose
ohne psychische Symptome	11 (17%)		
Zwangsneurose	53 (80%)		
andere Neurosen	1 (2%)	7 (11%)	1 (2%)
Persönlichkeitsstörung		2 (3%)	2 (3%)
Psychosen	1 (2%)		3 (5%)
	66 (100%)	9 (14%)	6 (9%)

Tabelle 58: Syndromwandel

Von den 66 nachuntersuchten Patienten haben zum Zeitpunkt dieser Untersuchung 13 (20%) Patienten keine Zwangsneurose mehr (vgl. Tabelle 57). Von diesen 13 Patienten sind 11 (85%) insgesamt stoerungsfrei, d.h. es sind weder neurotische noch psychotische Merkmale in einem staerkeren Ausmass nachweisbar, die auf einen Syndromwandel deuten wuerden. Bei 53 (80%) Patienten wird nach wie vor eine Zwangsneurose diagnostiziert. Die Verteilung der Intensitaet bei diesen 53 Patienten ist unterschiedlich (vgl. Abbildung 28). Ein (2%) Patient zeigt zum Zeitpunkt der Katamnese eine Paranoia. Bei 7 (10%) Patienten ist das Krankheitsbild deutlich durch ein weiteres neurotisches Krankheitsbild gepraeagt. Neben der Zwangssymptomatik waren angstneurotische, phobische, neurotisch depressive, homosexuelle Symptome vorhanden und ein Gewohnheitstrinker. Bei 2 (3%) Patienten wurde eine Persoenlichkeitsstoerung diagnostiziert. Bei einem (2%) Patienten war die Diagnose zum Zeitpunkt der Katamnese nicht eindeutig zu stellen. 2 (3%) Patienten zeigten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung fragliche Persoenlichkeitsstoerungen. Bei 3 (5%) weiteren Patienten bestand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung die Verdachtsdiagnose pseudoneurotische Schizophrenie. Es gibt insgesamt keinen interpretierbaren Hinweis auf eine statistisch haeufig gesehene Verlagerung in andere diagnostische Kategorien.

5.4.3.3. Standardisierte Fremdbeurteilung

Multidimensionale Beurteilungsskala fuer Klinikpatienten (IMPS)

Ein statistischer Vergleich war bei einem Teil der Patienten aufgrund von unvollstaendigen Datensuetzen nicht moeglich.

Die Veraenderung der Mediane in Prozent des moeglichen Maximalwertes fuer die nachuntersuchten Patienten bezueglich der relevanten Faktoren der IMPS werden in Abbildung 3^a fuer N = 21 Patienten dargestellt.

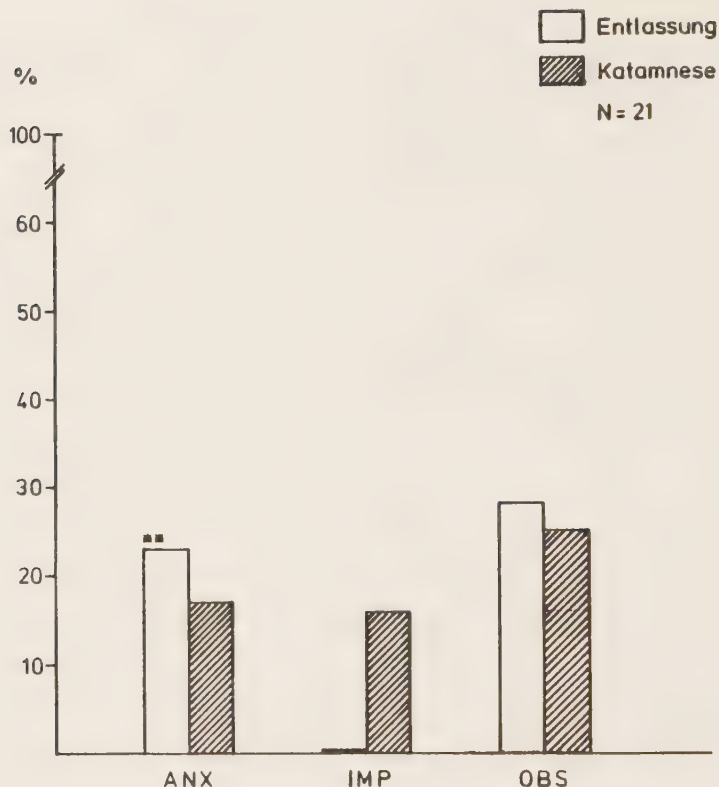


Abb. 39: Veränderung der Testwerte zwischen Entlassung und Katamnese. Aufschlüsselung nach Mediane der Stichproben in Prozent des möglichen Maximalwertes der diagnoserelevanten Syndromscores der multidimensionalen Beurteilungsskala für Klinikpatienten (IMPS).

Signifikanzniveau: $p < .001 = ***$
 (Vorzeichen-Test) $p < .01 = **$
 $p < .05 = *$

Zwischen Entlassung und Katamnese hat sich lediglich beim Faktor ANX eine signifikante Verringerung der Testwerte ergeben (Vorzeichentest $p < 0.01$). Die Testwerte in den anderen Faktoren haben sich nicht signifikant verändert. Bemerkenswert ist der Anstieg allgemeiner und körperlicher Beschwerden (IMP).

5.4.3.4. Standardisierte Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S)

Die Veraenderung der Testscores in der klinischen Selbstbeurteilungsskala wird in Abbildung 40 fuer 21 Patienten dargestellt und der Normskala gegenuebergestellt.

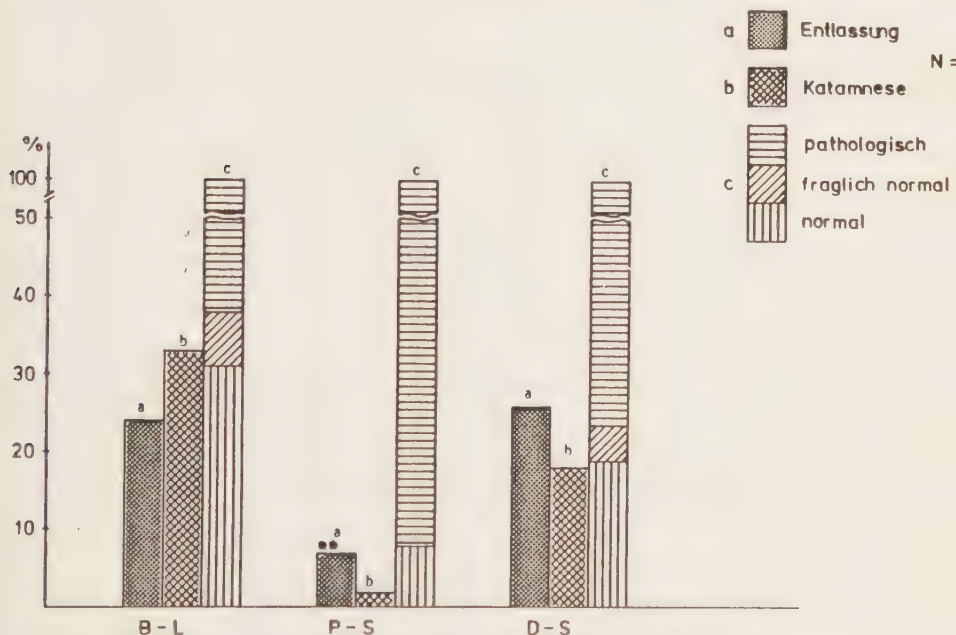


Abb. 40: Veränderung der Testscores zwischen Entlassung (a) und Katamnese (b). Aufschlüsselung nach Mediane der Stichproben in Prozent des möglichen Maximalwertes der klinischen Selbstbeurteilungsskalen (KSb-K) im Vergleich zur Normskala (c).

Signifikanzniveau der Veränderung: $p < .001 = ***$

(Vorzeichen-Test) $p < .01 = **$

$p < .05 = *$

Die Testwerte der BL zeigen zum Zeitpunkt der Katamnese einen grosseren Median als bei der Entlassung, wobei der Unterschied jedoch nicht signifikant ist. Eine signifikante Verringerung der Testwerte besteht lediglich fuer die Paranoid-Skala. (Vorzeichentest $p < 0.01$).

5.4.4. Zusammenfassung und Diskussion

Zur Beschreibung des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese wurden zunaechst Mehr-Punkte-Messungen aufgezeichnet. Prinzipiell wurde bei der Gegenueberstellung verschiedener Zeitpunkte (Aufnahme-Entlassung-Katamnese) innerhalb des Gesamtverlaufs die Veraenderung der Auspraegung der Zwangssymptomatik selbst und die Auspraegung standardisierter pathologischer Merkmale beruecksichtigt. Die Veraenderung des Zustands der Patienten waehrend des stationaeren Aufenthaltes im MPI-P demonstriert, dass ca. $\frac{2}{3}$ der Patienten einen sehr guten bzw. guten unmittelbaren Behandlungserfolg aufwiesen, jedoch bei ca. $\frac{1}{3}$ der Patienten keine wesentlichen Veraenderungen der Zwangssymptomatik verzeichnet werden konnte. Aehnliche Ergebnisse liegen bei den standardisierten klinischen Beurteilungen vor. Insgesamt gesehen haben sich mit Ausnahme der selbstbeurteilten koerperlichen und Allgemeinbeschwerden die Werte zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant verbessert. Aber sowohl selbst- als auch fremdbeurteilte Aspekte, die in das depressive Syndrom eingehen (Depressivitaetswert vs. anxious depression), wurden bei einem Grossteil der Patienten zu allen Zeitpunkten als pathologisch auffaellig beschrieben. Ein zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung leicht diskrepantes Ergebnis liegt bei der Beurteilung koerperlicher und Allgemeinbeschwerden vor (Beschwerdenwert vs. impaired functioning). Subjektiv klagen mehr Patienten ueber koerperliche und Allgemeinbeschwerden, als in der Fremdbeurteilung deutlich wird.

Die Gegenueberstellung des Aufnahme- und Katamnesebefundes zeigt, dass 27 (41%) Patienten nach Ansicht des Beurteilers bei

Katamnese ohne therapeutische Hilfe zurechtkommt; 39 (59%) Patienten wurde eine Behandlung nach wie vor z.T. sogar dringend empfohlen. Die standardisierten Fremdbeurteilungen klinisch relevanter Merkmale zeigen insgesamt hoch signifikante Verringerungen der Testwerte zwischen den beiden Zeitpunkten, wobei jedoch die Beurteilungen des depressiven Syndroma und der Zwangssymptomatik bei einem Teil der Patienten deutlich pathologisch auffaellige Werte zeigen. Die standardisierten Selbstbeurteilungen hatten sich ebenfalls signifikant verringert. Die Beurteilung ist insofern interessant, weil sich zwar die Paranoidwerte und Depressivitaetswerte insgesamt signifikant verringert haben und der groesste Teil der Patienten unauffaellig ist, nicht jedoch der Beschwerdenwert. Die Angaben zu koerperlichen und Allgemeinbeschwerden haben sich sogar erhoehrt. Der Unterschied ist zwar nicht signifikant, aber im Vergleich zur Norm zeigen ca. die Haelfte der Patienten pathologisch auffaellige Werte.

Die Frage, ob ein Syndromwandel haeufig gesehen wird, ist in unserer Untersuchung zu verneinen. Es gibt keinen interpretierbaren Hinweis auf eine Verlagerung in andere diagnostische Kategorien. Es ist vielmehr zu vermuten, dass es sich bei der Zwangssymptomatik der nachuntersuchten Patienten um ein relativ konstantes Krankheitsbild handelt. Dieser Eindruck verstaerkt sich, wenn man die Ergebnisse der standardisierten Fremdbeurteilung (IMPS) in der Profildarstellung betrachtet. Zunaechst haben sich wieder nur die Syndrome als fuer die Zwangssymptomatik relevant herausgestellt, die bereits fuer den Aufnahmebefund von Bedeutung waren. Ferner zeigt sich, dass bei Katamnese die Syndrome noch am staerksten pathologisch

auffaellige Werte zeigten, die als diagnose-spezifisch interpretiert werden koennen (obsessional-phobic) und im Vergleich zur Entlassung in etwa unveraendert pathologisch auffaellig sind. Die Veraenderung der weiteren Syndromscores (Fremd- und Selbstbeurteilungen) zeigt eine Verringerung des depressiven Syndroms, die in der Fremdbeurteilung signifikant wird, wobei jedoch nach wie vor bei einigen Patienten pathologisch auffaellige Werte nachzuweisen sind. Eine Uebereinstimmung zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung zeigt das Ergebnis bezueglich des Anstiegs koerperlicher und Allgemeinbeschwerden zwischen Entlassung und Katamnese, wobei die Mediane im Prozent des moeglichen Maximalwertes vorwiegend pathologisch unauffaellige Werte demonstrieren.

Wie ausgefuehrt scheint es sich bei der Zwangssymptomatik um ein relativ konstantes Krankheitsbild zu handeln, das auch bei ca. 1/3 der Patienten keine Veraenderung zeigt, wenn intensive Behandlungsmassnahmen erfolgten (Zustand bei Entlassung). Langfristig wiesen noch 59% der Patienten deutliche bis sehr starke Zwangssymptome auf. Neben der Zwangssymptomatik wurden Symptome beschrieben, die fuer das depressive Syndrom typisch sind und Hinweis fuer pathologisch auffaellig haeufig berichtete koerperliche und Allgemeinbeschwerden geben. Diese Diagnose der unabhaengigen fremd- und selbstbeurteilten Syndrome, werden jedoch zu allen Zeitpunkten in unterschiedlicher Auspraegung gesehen. Als relativ gleichbleibend (neben der Zwangssymptomatik) erwiesen sich Depressivitaetswerte. Relativ variabel erwiesen sich Angaben zu koerperlichen und Allgemeinbeschwerden, die langfristig gesehen an Intensitaet zunahmen. Der beschriebene Zusammenhang zwischen

diagnoseunabhaengigen und klinisch relevanten Symptomen sowie beurteilter Therapiebeduerftigkeit bei Katamnese zeigt einen signifikanten Zusammenhang. Es ist zu ueberlegen, inwieweit chronifizierte, diagnose-spezifische Krankheitsverlaeuft verstaerkt weitere pathologische auffaellige Merkmale entwickeln. Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefuehl der Selbstwertlosigkeit und koerperliche Beschwerden sind u.U. unvermeidbar aufgrund dessen koennen depressive Verstimmungen eigentlich zu einem diagnose-spezifischen Merkmal werden. Fuer weitere Analysen waere es sinnvoll zu ueberpruefen, ob sich die Verlaeuft von Patienten mit starker Intensitaet der Zwangssymptomatik, mit hohen Depressivitaetswerten bzw. anxious depressive Syndrom und stark ausgepraegten koerperlichen und Allgemeinbeschwerden von den Verlaeuften unterscheiden, die bei Aufnahme und Entlassung neben ihrer Symptomatik keine diagnose-unspezifischen pathologischen Symptome aufweisen.

5.5. Rekonstruktion der Symptomverlaeuft zwischen Entlassung und Katamnese

Neben der Gegenueberstellung von Zeitpunkten wird in dieser Arbeit der Versuch unternommen mit Hilfe einer Verlaufsgraphik (siehe Anhang 9) die Symptomentwicklung zwischen Entlassung und Katamnese zu rekonstruieren.

Die Rekonstruktion des Symptomverlaufs war bei 4 Patienten vor allem aus Gruenden mangelnder Belastbarkeit nicht moeglich. Abbildung 41 und Abbildung 42 geben deshalb nur die Ergebnisse von 62 Symptomverlaeuften wieder.

Die vorlaeufig grobe Auswertung - eine genauere Analyse der Symptomverlaeuft im Zusammenhang mit positiven und negativen Lebensereignissen ist vorgesehen (WERNER EILERT, in Vorbereitung) - beruecksichtigt zunaechst die Frage nach bestimmten Verlaufstypen (vgl. Anhang 9).

5.5.1. Verlaufsrichtung

Abbildung 41 zeigt die Differenzierung des Krankheitsverlaufs.

Die Darstellung der Verlaeufe wird aufgeschlüsselt nach dem Verlaufstyp insgesamt zwischen Entlassung und Katamnese, sowie Veraenderung der Symptomatik ein bzw. 2 Jahre nach Entlassung. Unter dem Aspekt, ob sich bestimmte Verlaeufe zwischen Entlassung und Katamnese hinsichtlich ihrer Richtung (verbessert, unveraendert, verschlechtert) nachweisen lassen, erscheint der Verlaufstyp "gebessert" am haeufigsten ($N=36$). Unter dem Gesichtspunkt, ob ein Zusammenhang zwischen dem "verbesserten" Verlauf und der Richtung der Symptomveraenderung ein Jahr bzw. zwei Jahre nach Entlassung besteht, ist im Jahr nach Entlassung der "unveraenderte" Zustand am haeufigsten ($N=22$). Erst zwei Jahre nach Entlassung verdeutlicht sich die Verbesserungstendenz ($N=16$). Bei den Patienten mit allgemeiner Tendenz zur "Verschlechterung" ($N=15$) zeigt sich weder im 1. noch im 2. Jahr nach Entlassung ein verbesserter Zustand im Vergleich zur Entlassung. Veraenderungen sind nur zwischen "unveraenderten" und "verschlechterten" Zustaenden zu beobachten. Die 11 (18%) Patienten mit unveraendelter langfristiger Verlaufstendenz verhalten sich auch zwischen dem ersten und zweiten Jahr nach Entlassung relativ konstant.

Ein Problem jedoch ist in dieser Art der Aufschlüsselung des Verlaufs nicht zu loesen. Es ist keine Angabe darueber zu machen, ob z.B. die 16 (44%) Patienten mit der allgemeinen Tendenz zur Verbesserung die zwei Jahre nach Entlassung ihre Zwangssymptomatik nicht veraendert haben, im Vergleich zur Entlassung unveraendert gering oder stark ausgepraegte Symptome aufweisen. Es zeichnet sich die Tendenz ab, dass diejenigen Patienten, die ein Jahr nach Entlassung ihre Symptome verbessert haben und auch zwei Jahre nach Entlassung nach wie vor eine

verbesserte Symptomatik aufweisen, diese Tendenz aufrecht erhalten. Bei den verschlechterten Patienten zeichnet sich insgesamt ein geringer Intensitätswechsel zwischen "unverändert" und "verschlechtert" im Verlauf ab. Ueber die Gruppe der unveränderten Patienten ist letztlich nicht viel mehr zu sagen, als dass ihr unveränderter Zustand beibehalten wurde.

5.5.2. Verlaufsrichtung unter Beruecksichtigung des Intensitätsniveaus der Zwangssymptomatik.

In Abbildung 42 wird der Symptomverlauf, aufgeschlüsselt nach Symptommiveau bei Entlassung, Veränderung der Symptomatik ein Jahr und zwei Jahre nach Entlassung, und letztlich das Symptommiveau bei Katamnese angegeben.

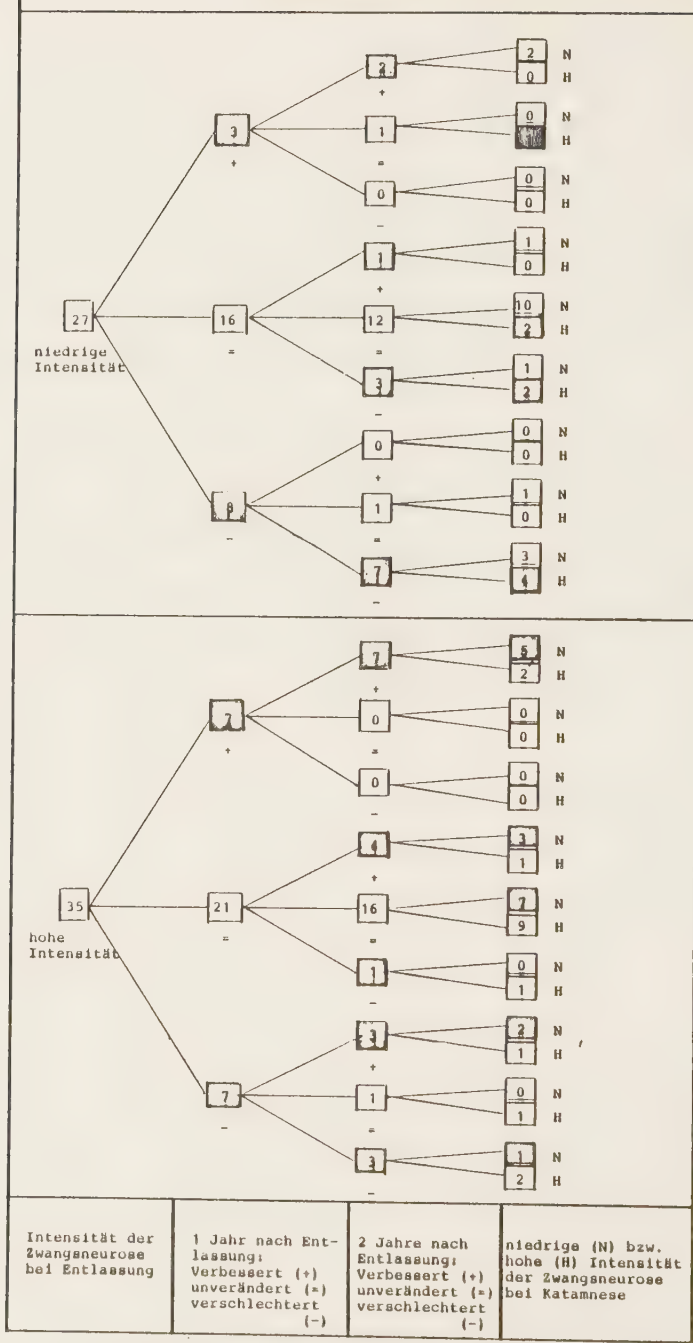


Abb. 42: Differenzierung des Verlaufs zwangsneurotischer Patienten. Aufschlüsselung nach: niedriger / hoher Intensität bei Entlassung; Zustand 1 Jahr / 2 Jahre nach Entlassung; niedrige bzw. hohe Intensität bei Katamnese.

 Intensität in Relation zum Entlassungsniveau verändert.

 Intensität in Relation zum Entlassungsniveau unverändert.

Unter dem Aspekt, ob sich die Verlaufe der Patienten mit niedriger bzw. hoher Symptomintensitaet bei Entlassung unterscheiden, zeigt sich, dass Patienten mit niedrigem Intensitaetsniveau bei Entlassung auch bei Katamnese haeufiger ein niedriges Intensitaetsniveau besitzen ($N=18$ (67%)). Demgegenueber zeigen 18 (51%) der Patienten mit hoher Symptomintensitaet bei Entlassung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eine Veraenderung im Sinne gering ausgepraegter Zwangssymptome und meinen, ohne Behandlung zurecht zu kommen. Ob der Symptomintensitaet bei Entlassung eine prognostische Bedeutung beigemessen werden kann, wird im Kapitel 5.6. naeher analysiert.

Zur Beschreibung, ob ein Zusammenhang zwischen der Veraenderung der Symptomatik ein bzw. zwei Jahre nach Entlassung bei niedrigem bzw. hohem Intensitaetsniveau bei Entlassung und Katamnese besteht, werden Verlaufstendenzen zusammengefasst, die in sich logisch zusammengehoeeren. Fuer die Patienten mit niedriger Intensitaet bei Entlassung werden die beiden Verlaufstypen "verbessert" und "unveraendert (gut)", im Vergleich zur Entlassung, dem Verlaufstyp "verschlechtert" gegenuebergestellt. Analog dazu wird eine Zusammenfassung der Verlaufstypen "verschlechtert", "unveraendert (schlecht)" dem Verlaufstyp "verbessert", bei Patienten mit hohem Entlassungsniveau zugeordnet.

Patienten mit niedriger Symptomintensitaet bei Entlassung ($N = 27$), die auch ein Jahr nach Entlassung keine Verschlechterung zeigen ($N = 19$) und auch 2 Jahre nach Entlassung unveraendert geringe Zwangssymptome zeigen ($N = 17$), haben, zum

Zeitpunkt der Katamnese haeufiger ein niedriges Symptomintensitaetsniveau ($N = 14$).

Diese positive Tendenz trifft nicht fuer diejenige Patientengruppe zu, die ein und zwei Jahre nach Entlassung eine verschlechterte Symptomatik aufweisen ($N = 8$). 4 (50%) dieser Patienten besitzen zum Zeitpunkt der Katamnese ein niedriges bzw. hohes Niveau der Symptomintensitaet.

Es zeigt sich, dass 28 (80%) der Patienten mit hohem Niveau der Symptomintensitaet bei Entlassung ($N = 35$) auch ein Jahr nach dieser vorwiegend eine unveraendert stark ausgepraegte Symptomatik haben. Im weiteren Verlauf erscheint jedoch eine starke Variabilitaet. 13 (46%) dieser Patienten weisen zum Zeitpunkt der Katamnese ein niedriges Niveau der Auspraegung ihrer Zwangssymptomatik auf. Patienten, die ein Jahr nach Entlassung eine Verbesserung ihrer Symptomatik beschreiben ($N = 7$), bleiben auch ueber den gesamten Verlauf relativ konstant (72%) auf einem niedrigen Niveau der Symptomintensitaet, wobei der Unterschied aber nicht signifikant ist. Die prognostische Bedeutung der Symptomintensitaet zu den verschiedenen Zeitpunkten wird in Kapitel 5.6 dargestellt.

5.5.3. Zwischenanamnestische Beschreibungsmerkmale

Im katamnestischen Interview gaben Patienten neben ihrer Zwangssymptomatik noch andere psychische Symptome an, die in der Zeit nach Entlassung aus stationaerer Behandlung im MPI-P deutlich vorhanden waren. Innerhalb der genannten Symptome wurden primaeer sexuelle Stoerungen, neurotisch depressive Verstimmungen, soziale Aengste und psychosomatische Stoerungen

genannt.

Ein Zusammenhang zwischen Intensität der Kardinalsymptomatik und der Art anderer psychischer Symptome wird in Tabelle 59 dargestellt.

Art des Symptoms	Intensität bei Katamnese					
	keine (N=13)	leichte (N=14)	deutliche (N=12)	starke (N=8)	sehr starke (N=19)	
soziale Ängste	3	2	4	1	5	15 (23%)
neurotisch-depressive Verstimmung	3	2	5		7	17 (26%)
psychosomatische Störungen	5	1	2	2	5	15 (23%)
sexuelle Störungen	3	5	3	4	12	27 (41%)
Alkoholabusus	1				2	3 (5%)
Suizidgedanken			2	1	5	8 (12%)
Phobische Symptome		3				3 (5%)
diffuse Ängste		1	2			3 (5%)
Sonstige			1	1	1	3 (5%)
	15 (23%)	14 (21%)	19 (29%)	9 (14%)	37 (56%)	95

Tab. 59: Beziehung zwischen der Art diagnoseunspezifischer Symptome und Intensität der Zwangssymptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese. Angegeben ist die Anzahl der Symptombenennungen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Auffallend ist, dass bei zwangsneurotischen Patienten mit sehr starker Symptomatik am häufigsten auch andere Symptome genannt

werden (56%), wobei jedoch nicht beurteilt werden kann, inwieweit es sich um Begleitsymptome oder ursachliche Stoerungen handelt. Innerhalb der genannten Symptome werden primaer sexuelle Schwierigkeiten (41%) benannt, weiterhin neurotisch depressive Verstimmungen (26%), soziale Aengste (23%) und Suizidgedanken (12%).

Zu Therapien nach Entlassung aus stationaerer Behandlung im MPI-P werden von den Patienten folgende Angaben gemacht. Nach Entlassung aus stationaerer Behandlung im MPI-P waren 9 (14%) Patienten weder in ambulanter noch in stationaerer Behandlung. Bei mehr als die Haelfte (56%) lag kein erneuter stationaerer Aufenthalt vor. 10 (15%) Patienten wurden einmal stationaer psychiatrisch behandelt, 16 (24%) zwei bis dreimal und 3 (5%) Patienten mussten 4mal sich dieser Art von Behandlung unterziehen. Die durchschnittliche stationaere Behandlungsdauer der Patienten, die erneut aufgenommen wurde, betrug $\bar{x} = 57$ Tage (Minimum 1, Maximum 757 Tage).

49 (74%) Patienten nahmen eine ambulante Behandlung in Anspruch und 15 dieser Patienten schlossen die ambulante Behandlung nach kontinuierlichen Sitzungen bei einem Therapeuten ab. 27 (41%) Patienten wechselten 2 bis 3mal den Therapeuten oder nahmen nach langer Unterbrechung (bis zu einem Jahr) die ambulante Behandlung wieder auf. 7 (11%) Patienten benoetigten mehr als drei ambulante Behandlungen ueber eine laengere Zeit waehrend des katamnestischen Zeitraums. Bei der Darstellung erneuter Behandlungen wird wieder die Aufschluesselung nach Institutionen (vgl. Tabelle 60) und Behandlungsmethoden (vgl. Tabelle 61) vorgenommen.

		Zwangneurose N = 57			
		Behandlungsanlaß			
		Zwangs- neurose	andere Störungen	Zwangs- neurose u. andere Störungen	
	Institutionen	n	n	n	
stationär	MPI (stat. u./od.amb.)	47	3	3	55 (30%)
	Internistische Klinik	-	8	1	9 (5%)
	Psychiatrische Klinik	15	6	3	24 (13%)
	Kurklinik	-	-	-	-
ambulant	Arzt f. Allgem. Medizin	7	6	4	17 (9%)
	Psychologe	25	2	1	28 (15%)
	Nervenarzt	18	4	3	25 (14%)
	Psychotherapeut	4	-	6	10 (5%)
	Helfpraktiker	4	1	3	8 (4%)
	Sonstige	5	1	3	9 (5%)
		125	31	29	185 (100%)

Tab. 60: Behandlung nach Entlassung aus dem MPI-P. Aufschlüsselung nach Behandlungsanlaß und Institutionen (Mehrfachnennungen möglich).

		Zwangneurose N = 57			
		Behandlungsanlaß			
		Zwangs- neurose	andere Störung	Zwangs- neurose u. andere Störung	
	Behandlungsmethoden	n	n	n	
	medikamentös	19	13	10	42 (23%)
	psychiatrisch unterstützten- de Gespräche	21	5	5	31 (17%)
	Verhaltenstherapie	45	1	3	49 (27%)
	Gruppenanalyse	14	-	3	17 (9%)
	Kur	-	-	-	-
	Kombinierte Verhaltens- therapie und Medikamente	2	4	1	7 (4%)
	Psychoanalyse einzeln	4	1	2	7 (4%)
	Autogenes Training	3	-	-	3 (2%)
	Kombinierte Psychoanalyse und Medikamente	3	-	-	3 (2%)
	Akupunktur	2	-	1	3 (2%)
	Sonstige	12	5	3	20 (11%)
	nicht zu beurteilen	-	2	1	3 (2%)
		125	31	29	185 (100%)

Tab. 61: Behandlungen nach Entlassung aus dem MPI-P. Aufschlüsselung nach Behandlungsanlaß und Behandlungsmethoden (Mehrfachnennungen)

Unter den nach Abschluss der stationaeren Behandlung im MPI-P erfolgten Behandlungen dominieren Massnahmen in psychiatrisch/psychotherapeutischen Institutionen. Die hohen Inanspruchnahmen dieser Dienste ist vor allem durch den hohen Anteil ambulanter Nachbehandlungsprogramme im MPI-P zu verstehen. Hier handelt es sich nicht um stationaere Neuaufnahmen, sondern um "booster-sessions" nach abgeschlossener stationaerer Behandlung.

Die angewandten Behandlungsmethoden haben sich im Verlauf nach Entlassung aus dem MPI-P, im Vergleich zu den Behandlungen vor der Aufnahme, veraendert (vgl. Tabelle 42).

Die verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen (27%) liegen vor den medikamentoesen (23%) an erster Stelle. Beruecksichtigt werden muss jedoch bei letzterer, dass vergleichsweise haeufig in fast 1/3 der Faeille andere psychische als zwangsneurotische Symptome medikamentoes beeinflusst wurden.

5.5.4. Zusammenfassung und Diskussion

In Zusammenarbeit mit den Patienten wurde der Symptomverlauf zwischen Entlassung und Katamnese mit Hilfe einer Verlaufsgraphik konstruiert. Die zunaechst grobe Auswertung der Verlaufsrichtung geht einmal auf die Frage nach bestimmten Verlaufstypen ein und beruecksichtigt ferner das Intensitaetsniveau der Zwangssymptomatik bei Entlassung und Katamnese. Es zeigt sich, dass 36 (58%) Patienten ihren Symptomverlauf als insgesamt verbessert beurteilten, 11 (18%) Patienten einen unveraenderten Verlauf beschreiben und 15 (24%) eine Verschlechterung ihrer Symptomatik zwischen Entlassung und Katamnese angaben. Die

Analyse des Verlaufs zeigt, dass bei fast 50% der Patienten (mit insgesamt verbessertem Verlauf) die Verlaufsrichtung erst ein Jahr nach Entlassung deutlich wurde und sich nach zwei Jahren weiterhin verstaerkte. Die Patienten mit insgesamt verschlechtertem Verlauf bei Katamnese wiesen waehrend der gesamten Zeit zwischen Entlassung und Katamnese nie einen verbesserten Zustand (ein bzw. zwei Jahre nach Entlassung) verglichen zur Entlassung auf. Die 11 Patienten mit unveraendert langfristiger Verlaufstendenz verhielten sich auch zwischen dem ersten und zweiten Jahr der Entlassung relativ konstant. Betrachtet man die Verlaeuft lediglich unter dem Gesichtspunkt der Verlaufsrichtung, so besteht die Gefahr, dass bei den 36 (58%) Patienten mit allgemeinen verbesserten Symptomverlauf auch gleichzeitig eine relative Symptommfreiheit assoziiert wird. Diese Verknuepfung waere jedoch verzerrend. Die Fremdbeurteilung der Intensitaet der Zwangssymptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese ergab, dass bei insgesamt 27 (51%) Patienten keine bzw. leichte Zwangssymptome sowie bei 39 (59%) deutliche bis starke Zwangssymptome gesehen werden und nach Ansicht des Untersuchers eine therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen sollten. Ferner hat sich bei der Darstellung des Zusammenhangs der Katamnesekriterien untereinander gezeigt, dass die Korrelation des "Verlaufstyps" mit anderen Beurteilungskriterien relativ gering ist.

Die Einbeziehung des Intensitaetsniveaus in die Darstellung des Symptomverlaufs ist deshalb sicher adaequater. Bei Darstellung der Symptomintensitaet zur Entlassung und Katamnese wurde auf subjektive Angaben zurueckgegriffen. Dies wurde durch den vorhandenen Entlassungsbefund notwendig, der (durch den damaligen Therapeuten beurteilt) nur als Differenzmass vorliegt. Die

Verlaufsbeschreibung unter Beruecksichtigung des Intensitaetsniveaus der Zwangssymptomatik bei Entlassung zeigt, dass 18 (67%) der Patienten mit subjektiv angegebenen niedrigen Intensitaetsniveau, auch zum Zeitpunkt der Katamnese ein niedriges Intensitaetsniveau aufweisen. 17 (49%) der Patienten mit subjektiv angegebenen hohen Intensitaetsniveau beurteilen sich bei Katamnese als eher therapiebeduerftig. 18 (51%) kommen jedoch nach subjektiver Meinung alleine zurecht.

Ein relevanter Aspekt der Rekonstruktion des Verlaufs ist, inwieweit spaetere Zeitpunkte im Verlauf zwischen Entlassung und Katamnese - unter Beruecksichtigung des Entlassungsniveaus - zuverlaessigere Aussagen ueber typische Verlaufscharakteristika zulassen. Grob lassen sich folgende Verlaufscharakteristika beschreiben: Patienten mit niedrigem Entlassungsniveau, die auch ein Jahr nach Entlassung das Ausmass unveraendert geringe Zwangssymptome haben, zeigen haeufig auch eine niedrige Intensitaet ihrer Symptomatik bei Katamnese. Patienten hingegen, die bei Entlassung zwar ein niedriges Intensitaetsniveau aufweisen, doch dann eine Variabilitaet in ihrem Verlauf demonstrieren, weisen insgesamt einen variablen Verlauf auf und demonstrieren auch bei Katamnese zum Teil hohe Intensitaeten. Es ist hier also anzunehmen, dass Verlaeufe, die ueber mindestens ein Jahr nach Entlassung konstant positiv verlaufen, auch weiterhin eher stabil unauffaellig bleiben. Das steht im Gegensatz zu den Patienten, die nach intensiver Behandlung im MPI-P eine Verbesserung gezeigt haben, sich jedoch dann wieder verschlechterten. Diese Verlaeufe sind insgesamt recht variabel. Als Erklaerung kann u.U. dienen, dass in der Zeit der Hospitalisierung die realen Konfliktsituationen, welche

symptomausloesend sind, nicht adaequat vorliegen und der Patient nach Entlassung allein nicht zurechtkommen kann.

Die Verlaeuft der Patienten mit hohem Intensitaetsniveau bei Entlassung lassen sich so charakterisieren, dass Patienten mit unveraendert stark ausgepraegter Symptomatik ein Jahr nach Entlassung sehr wohl danach noch variable Verlaeuft aufweisen, die bei Katamnese insgesamt positiv sind. Es ist hier zu fragen, ob u.U.erneute Therapien stattgefunden haben und somit die veraenderte Verlaufsrichtung erklaren. Patienten, die ein Jahr nach Entlassung "verbessert" sind, bleiben insgesamt langfristig relativ symptomfrei.

Unter Beruecksichtigung dieser Ergebnisse scheinen alle Nachuntersuchungen mit Ein-Jahres-Katamnesen relativ fragwuerdig, wenn man bedenkt, dass

1. die Gruppe der Patienten mit niedrigem Entlassungsniveau und verschlechterter Symptomatik
2. die Gruppe der Patienten mit hohem Entlassungsniveau und verbesserter Symptomatik ein Jahr nach Entlassung relativ gross ist.

Das Versagen sexueller Funktion und Fehlen sexueller Gefuehle kann ebenfalls als Stoerung der inneren Wahrnehmung interpretiert werden. Stoerung der Wahrnehmung emotionaler Zustaende spielt neben dem Fehlen der Wahrnehmung koerperlicher Zustaende eine grosse Rolle.

Anorektische Patienten zeigen haeufig, dass sie in klirrender Kaelte nicht zu frieren scheinen, obwohl ihre Haende blau sind. Sie scheinen auch unfaeig zu sein, z. B. Zustaende wie Angst, Freude usw. wahrzunehmen und Symptome wie Schwitzen, Zittern im Zusammenhang mit Angstsituationen zu erkennen.

3. Das dritte charakteristische Merkmal ist das laehmende Gefuehl, nichts zustande zu bringen, ineffektiv zu sein (paralyzing sense of ineffectiveness). Die betroffenen Patienten haben immer das Gefuehl, nur zu reagieren, eigenes Handeln und Denken nicht selbst zu steuern. Sie tun Dinge nur deshalb, weil andere es von ihnen abverlangen.

Diese psychischen Beschreibungsmerkmale sollten neben den Feighner-Kriterien zur Diagnose der Anorexia nervosa mit einbezogen werden.

Die Anorexie-Forschung hat bis zum gegenwaertigen Zeitpunkt eine Vielzahl von Befunden gewaehrleistet, jedoch zufriedenstellende Erklaerungsversuche zur Genese liegen bis jetzt nicht vor.

2.2.3. Therapie

Zahlreiche somatisch orientierte Therapieverfahren wurden bei

Stichprobe (vgl. Tabellen 40/41/42, Abbildungen 21/22/23) sowie der Psychopathologie zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (vgl. Abbildungen 25/26/27 und Tabelle 44) beschrieben wurden. Aus einigen Variablen der Kategorie "Ordinalskalenniveau mit vielen Kategorien" wurden durch Klassifikationen die Kategorie "Ordinalskalenniveau mit wenigen Kategorien" gebildet und ein anderes Testverfahren (Chiquadrat) angewendet. Zu diesen Variablen zaehlen der Familienstand (ledig vs verheiratet, geschieden, getrennt, verwitwet), die Berufstaetigkeit (erwerbstaetig vs nicht erwerbstaetig) und die Schichtzugehoerigkeit (untere, obere Unterschicht, untere Mittelschicht vs. obere Mittelschicht).

	N	Beurteilungswert	Paranoidwert	Depressivitätswert	IMPS	Global Assessment scale	Beurteilte Therapiebedürftigkeit	Intensität d. Zwangssymptome
Allgemeine biographische Daten								
Geschlecht (+)	66	aa	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Alter bei Aufnahme ins MPI-P	66	0.3481 aa	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	0.254 *	n.o.
Anzahl der Kinder	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Familienstand (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Berufstätigkeit (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Schichtzugehörigkeit (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
IQ	37	n.o.	n.o.	n.o.	- 0.2906 *	n.o.	n.o.	n.o.
Anamnестische Daten								
Alter bei Krankheitsbeginn	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Erkrankungsdauer vor Erstbehandlung	66	0.2513 *	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Erkrankungsdauer vor Behandlung im MPI-P	66	0.2256 *	n.o.	n.o.	n.o.	- 0.3436 aa	0.2496 *	0.3013 aa
Anzahl psychischer Symptome (diagnosespezifisch) vor Aufnahme ins MPI-P	66	0.2503 *	n.o.	0.2901 *	0.2243 *	n.o.	n.o.	n.o.
Leistungseinstellungen (Schule/Universität) (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Partnerschaftstörungen (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Allg. soz. Kontaktstörungen (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Arbeitsstörungen (Beruf) (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Anzahl stat. Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Dauer stat. Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	- 0.1864 T	0.1903 T	n.o.
Dauer stat. Behandlung im MPI-P	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Abteilung (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Standardisierte Aufnahme-daten								
KSB - S IMPF	ANXIOUS - DEPRESSIVE (ANX)	32	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
	IMPAIRED - FUNCTIONING (IMP)	32	n.o.	n.o.	n.o.	0.3267 *	- 0.3331 *	0.3078 *
	OBSESSIVE - PHOBIC (OBS)	32	n.o.	n.o.	n.o.	0.3404 *	n.o.	n.o.
	BESCHWERNDEWERT (B)	29	0.4238 *	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
	PARANOIDWERT (P)	29	0.4669 aa	0.3694 *	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
	DEPRESSIVITÄTSWERT (D)	29	0.4781 aa	0.4658 aa	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
	ANX + IMP + OBS (IMPS)	32	n.o.	n.o.	n.o.	0.4264 aa	- 0.3876 *	0.3363 *
	ANX + IMP + OBS + B + P + D (IMPS + KSB-S)	29	n.o.	n.o.	n.o.	0.3007 *	- 0.3444 *	0.2782 T
Diagnosespezifische Aufnahme und Entlassungsdaten								
	Intensität der Zwangssymptomatik bei Aufnahme	66	n.o.	n.o.	n.o.	- 0.2531 *	0.2946 aa	0.3414 aa
	Monosymptomatik	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
	Projektpatient (+)	66	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
	Zustand bei Entlassung	66	n.o.	- 0.2313 *n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
Katameniale Daten								
Standardisierte Entlassungsdaten								
KSB - S IMPF	ANXIOUS - DEPRESSIVE (ANX)	21	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
	IMPAIRED - FUNCTIONING (IMP)	21	n.o.	n.o.	n.o.	0.4925 *	- 0.5261 aa	0.4290 *
	OBSESSIVE - PHOBIC (OBS)	21	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	- 0.5107 aa	0.3873 *
	BESCHWERNDEWERT (B)	21	0.5655 aa	0.4634 aa	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.
	PARANOIDWERT (P)	21	0.4592 aa	0.4856 aa	0.3711 *	n.o.	n.o.	n.o.
	DEPRESSIVITÄTSWERT (D)	21	0.6145 ***	0.3236 T	0.4063 *	n.o.	n.o.	n.o.
	ANX + IMP + OBS (IMPS)	21	n.o.	n.o.	n.o.	0.4725 *	- 0.5174 aa	0.4386 *
	ANX + IMP + OBS + B + P + D (IMPS + KSB-S)	21	0.4161 aa	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.

Tab. 62: Prognosefaktoren

Signifikanzniveau: p < .001 = ***
 (Spearman-Korr. Koeff. p < .01 = **
 Pearson-Korr. Koeff. p < .05 = *)
 * = chi²

T = Tendenz

Unter dem Aspekt, dass vor allem kombinierte 'outcome' Kriterien den psychischen Zustand des Patienten am besten erfassen (vor allem die GAS und fremdbeurteilte angenommene Therapiebeduerftigkeit), zeigt sich, dass bei Patienten hoeheren Alters, bei Aufnahme ins MPI-P signifikant haeufiger bei Katamnese eine Therapiebeduerftigkeit angenommen wurde. Patienten mit laengerer Erkrankungsdauer vor Behandlung ins MPI-P und andeutungsweise auch solche mit laengerer stationaerer Behandlungsdauer vor Behandlung in unserem Institut zeigten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ausgepraegte psychische Stoerungen, soziale Beeintraechtigungen und wurden vom Nachuntersucher haeufiger als therapiebeduerftig beurteilt. Patienten mit hoeherem Alter bei Aufnahme und laengerer Erkrankungsdauer vor der Behandlung im MPI-P gaben bei der Nachuntersuchung auch mehr koerperliche und Allgemeinbeschwerden an. Patienten, die bereits in der Schule durch Leistungsstoerungen auffielen und/oder diese Stoerungen am Arbeitsplatz angaben, zeigten bei Katamnese signifikant haeufiger ein groesseres Ausmass an psychischen Stoerungen und sozialer Beeintraechtigung als diejenigen Patienten, bei denen diese Leistungsstoerungen fehlten. Bei den standardisierten Aufnahme- und Entlassungsdaten haben lediglich die Fremdbeurteilungsdaten zur Psychopathologie mit Ausnahme der Beurteilung des depressiven Syndroms- fuer den langfristigen Verlauf eine prognostische Bedeutung, wobei den Entlassungsdaten hierbei eine hoehere Bedeutung beizumessen ist. Zwischen standardisierten Fremdbeurteilungsdaten als moegliche Praediktoren und standardisierten Selbstbeurteilungsdaten als 'outcome' Kriterien besteht keine signifikante Beziehung. Die standardisierten Selbstbeurteilungsdaten zur Psychopathologie haben weder

bezuglich des GAS-Scores noch bezueglich anderer fremdbeurteilter psychopathologischer 'outcome' Kriterien eine prognostische Bedeutung erlangt. Wohl aber besteht eine Korrelation zwischen den standardisierten Selbstbeurteilungsdaten bei Aufnahme und Katamnese und noch deutlicher zwischen den klinischen Selbstbeurteilungsdaten bei Entlassung und Katamnese. Darueber hinaus erlangen keine weiteren Praediktoren fuer den langfristigen Verlauf - bezueglich der Haupt 'outcome' Kriterien GAS und angenommener Therapiebeduerftigkeit - eine prognostische Bedeutung.

Der Symptomverlauf innerhalb des katamnestischen Zeitraums zwischen Entlassung und Katamnese wurde mit Hilfe des Patienten rekonstruiert (vgl. Abbildungen 41 und 42). Als technisches Hilfsmittel wurde eine Verlaufsgraphik verwendet. Der Verlaufstyp mit allgemeiner Verbesserungstendenz der Zwangssymptomatik war haeufiger. Ein Jahr nach Entlassung zeigten hingegen die meisten Patienten im Vergleich zur Entlassung noch einen unveraenderten Zustand. Erst zwei Jahre nach Entlassung verdeutlichte sich die Richtung der Symptomveraenderung. Der Zusammenhang zwischen der Veraenderung nach einem Jahr und der Richtung der Veraenderung bei Katamnese (gebessert/unveraendert/verschlechtert) ist signifikant ($p < 0.02$ Exakter Fisher Test). Die Verlaufstendenz, ein Jahr nach Entlassung, verdeutlicht sich im zweiten Jahr nach Entlassung ($p < 0.002$). Der prognostische Zusammenhang zwischen der Veraenderung zwei Jahre nach Entlassung und der Richtung der Veraenderung bei Katamnese ist hoch signifikant ($p < 0.01$ Exakter Fisher Test).

Das Problem dieser Verlaufsbeschreibung besteht darin, dass die allgemeine Verbesserungs- oder Verschlechterungstendenz am psychischen Zustand des Patienten nicht eindeutig gekoppelt ist. Eine Unterteilung der Gesamtstichprobe in Patienten mit niedrigem/hohem Intensitätsniveau bei Entlassung und entsprechend bei Katamnese erschien uns sinnvoll unter dem Gesichtspunkt, ob sich die Symptomverläufe der beiden Patientengruppen prognostisch unterscheiden. Die Tendenz, dass ein Zusammenhang zwischen dem Intensitätsniveau bei Entlassung und Katamnese besteht, konnte zwar nicht auf dem 5% Niveau bestätigt werden, der zugehörige Testschwellenwert beträgt aber 6,1% (Exakter Fisher Test). Unter dem Aspekt, ob ein prognostischer Zusammenhang zwischen der Veränderung der Symptomatik ein bzw. zwei Jahre nach Entlassung bei niedrigem bzw. hohem Intensitätsniveau bei Entlassung und Katamnese zeigt sich, dass Patienten mit niedriger Symptomintensität bei Entlassung, die auch ein Jahr nach Entlassung ohne Verschlechterung bleiben, zum Zeitpunkt der Katamnese auch eine niedrige Symptomintensität aufweisen (0.05 exakter Fisher Test). Zwei Jahre nach Entlassung ist diese Tendenz noch deutlicher (exakter Fisher Test $p < 0.01$). Diese positive Prognose besteht nicht für Patienten, die ein und zwei Jahre nach Entlassung eine verschlechterte Symptomatik aufweisen.

Ueberraschenderweise besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Intensitätsniveau bei Entlassung und der Richtung der Veränderung ein Jahr bzw. zwei Jahre nach Entlassung. Es besteht eher ein Umkehreffekt. Patienten mit hohem Intensitätsniveau bei Entlassung zeigen eine stärkere Veränderung im Sinne einer Verbesserung. Die

Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient, der bei Entlassung ein hohes Intensitätsniveau hat, zwei Jahre nach Entlassung verbessert ist, beträgt etwa 78%. Der Schätzwert ist recht unzuverlässig aufgrund zu kleiner Fallzahlen. Der 95% Vertrauensbereich fuer die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung beträgt 42,4% bis 93,6%. Dieser Zusammenhang konnte ein Jahr nach Entlassung noch nicht festgestellt werden.

5.6.1. Zusammenfassung und Diskussion

Zur Beschreibung der Prognose wurden primär zwei Hauptkatakamnesekriterien herangezogen:

1. die aus der Literatur bekannte standardisierte "global assessment scale" und
2. die von uns neukonstruierte Fremdbeurteilungsskala zur angenommenen Therapiebeduerftigkeit des Patienten.

Weitere Katakamnesekriterien vermitteln Detailinformationen und sind eher von zweitrangiger Bedeutung. Von den aufgefuehrten biosozialen Merkmalen, fremd- und selbstbeurteilter Daten zur Psychopathologie, erlangen nur einige wenige Faktoren fuer den langfristigen Verlauf bezueglich der Haupt-*'outcome'*-Kriterien eine prognostische Bedeutung. Die Verlaeufo von Maennern und Frauen, verheirateten bzw. ledigen berufstaegigen bzw. nicht berufstaetigen Patienten unterscheiden sich in unserer Untersuchung - langfristig gesehen - nicht. Prognostisch irrelevant erscheint ebenfalls das Alter bei Krankheitsbeginn, als auch die Erkrankungsdauer vor der Erstbehandlung. Unter dem Aspekt, dass rasche therapeutische Hilfe nach Krankheitsbeginn sich auf den weiteren Verlauf positiv auswirkt, ist dieses Ergebnis enttaeuschend. Es unterstuetzt eher die Annahme, dass

die Zwangsneurose eine schwer therapierbare Störung darstellt, die selbst bei rasch erfolgten therapeutischen Interventionen und längeren stationären Behandlungen, keine Veränderung im Verlauf zeigten. Längere bzw. mehrere stationäre Aufenthalte weisen sogar eher darauf hin, dass die Krankheitsverläufe dieser Patienten auch langfristig unbeeinflussbar bleiben.

Prognostisch bedeutsam erwies sich die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Patienten. Patienten, die bereits im frühen Lebensalter und/oder im späteren Lebensalter in Zusammenhang mit ihrer Zwangssymptomatik Leistungsschwierigkeiten zeigten, blieben auch langfristig gesehen psychisch auffällig, sozial schlecht integriert und weiterhin nach Ansicht des Untersuchers behandlungsbedürftig. Da von den verschiedenen Beurteilungsaspekten sozialer Desintegration - wie Partnerschaftsstörungen, soziale Kontaktstörungen usw. - lediglich der Leistungsaspekt eine prognostische Bedeutung erlangt, ist zu überlegen, ob die Leistungsfähigkeit in weiteren Untersuchungen als adäquates Outcomekriterium zu verwenden wäre, und zwar in Form von harten Kriterien wie Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit und Rentenzeiten.

Der Aufnahmebefund hat eine geringere prognostische Bedeutung im Vergleich zum Entlassungsbefund. Dennoch ist zu beachten, dass Patienten mit sehr deutlich ausgeprägter Zwangssymptomatik (bei Aufnahme ins MPI-P) und fremdbeurteilter stark beeinträchtigter körperlicher- und Allgemeinbeschwerden, auch langfristig eine schlechte Prognose haben. Dieser Zusammenhang wird noch deutlicher unter Berücksichtigung des Entlassungsbefundes. Dass der Globalbeurteilung "Zustand bei Entlassung" keine besondere

prognostische Bedeutung zukommt, ist insofern nicht ueberraschend, als es sich um ein Veraenderungsmass handelt und psychotherapeutisch Taetige wahrscheinlich eher zu einer Ueberschaetzung bei der Globalbeurteilung des Therapieerfolges neigen.

Bei den standardisierten Testdaten haben sich nur fremdbeurteilte Aufnahme- und Entlassungsdaten fuer den langfristigen Verlauf bezueglich der beiden Hauptkatamnesekriterien als prognostisch relevant erwiesen, nicht standardisierte Selbstbeurteilungen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung. Es zeigt sich zusaetzlich, dass fremdbeurteilte Aufnahme- und Entlassungsdaten nicht mit standardisierten Selbstbeurteilungsdaten als Outcomekriterien korrelieren. Umgekehrt korrelieren aber standardisierte Selbstbeurteilungsdaten zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung mit den KSb-S bei Katamnese. Dies unterschiedliche Verhalten von Fremd- und Selbstbeurteilung psychopathologischer Phaenomene laesst vermuten, dass in diese Fremd- und Selbstbeurteilungen unterschiedliche Dimensionen der Psychopathologie eingehen, die nur partiell interkorrelieren.

Die gefundenen korrelativen Zusammenhaenge zwischen den Variablen Geschlecht, Alter bei Aufnahme ins MPI-P, Erkrankungsdauer vor Erstbehandlung, Erkrankungsdauer vor Behandlung im MPI-P, Anzahl psychischer Symptome vor Aufnahme in unser Institut und dem 'outcome' Kriterium "Beschwerdenwert" sind wohl weniger prognostische, sondern eher indikatorische Zusammenhaenge.

Der Zusammenhang zwischen einem erhoehten Beschwerdenscore und dem weiblichen Geschlecht bedeutet wahrscheinlich lediglich, dass

Frauen klagsamer oder labiler sind; beeinträchtigte Körperfunktionen bei älteren Patienten sind auch wahrscheinlicher als bei jüngeren Patienten. Längere Erkrankungsdauer und das Vorhandensein verschiedener psychischer Symptome wie z.B. depressive Verstimmung, soziale oder sexuelle Ängste sprechen unter Umständen für eine allgemeine Morbidität dieser Patienten oder auch erhöhte Sensibilität, die langfristig bestehen bleibt. Als Einzel-outcome-Kriterium eignen sich die standardisierten Selbstbeurteilungen wohl kaum. Sie bieten eher Zusatzinformationen. Es sollten als Katamnese-kriterien demnach vor allem fremdbeurteilte Kriterien herangezogen werden, die sowohl psychopathologisch als auch soziale Kriterien berücksichtigen und Vergleiche mit der Literatur ermöglichen.

Die zusätzliche Analyse des Symptomverlaufs zwischen Entlassung und Katamnese unter prognostischen Gesichtspunkten ergibt, dass die Angabe der allgemeinen Verbesserungs- bzw. Verschlechterungstendenz erst zwei Jahre nach Entlassung am ehesten möglich ist. Ergebnisse von ein und zwei Jahreskatamnesen sind demnach in vielen Fällen nicht als gesichert anzusehen. Von Nachteil ist ferner, dass die allgemeine Verlaufstendenz nicht eng an den psychischen Zustand bei Katamnese gekoppelt ist. Die Einbeziehung eines Intensitätsniveaus der Zwangssymptomatik zeigt prognostisch unterschiedliche Verläufe bei Patienten mit niedrigem bzw. hohem Intensitätsniveau bei Entlassung. Demnach sind prognostische Aussagen nur bei Patienten mit niedrigem Intensitätsniveau bei Entlassung zu machen. Hierbei sieht man erneut, dass Ein-Jahreskatamnesen fragwürdiger sind, denn

Patienten, die zwei Jahre nach Entlassung keine Verschlechterung ihrer Symptomatik zeigen, haben auch bei Katamnese ein niedriges Intensitätsniveau ihrer Zwangssymptomatik. Patienten mit hoher Intensität bei Entlassung zeigen hingegen starke Variationen in ihren Symptomverläufen und lassen auch ein oder zwei Jahre nach Entlassung noch keine gesicherten Angaben über den Verlauf zu.

5.7. Rueckblickende Therapiebewertung

In der Therapieforschung steht meist die Frage im Mittelpunkt, ob eine therapeutische Intervention zu einem messbaren Effekt fuehrt. Der retrospektive Ansatz der vorliegenden Arbeit zielt auf andere Fragen und ist wenig geeignet, einen objektiven Nachweis des langfristigen Behandlungserfolges aufzuzeigen. Um aber dennoch Anhaltspunkte fuer eine moegliche Verbesserung des therapeutischen Prozesses zu gewinnen, wurden die subjektiven rueckblickenden Beurteilungen des Patienten analysiert.

Der entsprechende Fragebogen besteht aus einer Vielzahl von Feststellungen, die sich im wesentlichen auf drei uebergeordnete Aspekte des therapeutischen Prozesses beziehen (Naechere Angaben zur Konstruktion des Fragebogens siehe S. 94ff).

1. Therapiekonzeption und Therapieziele
2. Funktionsablaeufo
3. Soziale Beziehungen im Rahmen der Therapie

Es wurde eine Standard-Itemanalyse einschliesslich einer Faktorenanalyse durchgefuehrt. Aus der Itemanalyse sind im Anhang 15 die "Schwierigkeit" (Prozentsatz der Ja-Antworten) der Items wiedergegeben und die Interkorrelation mit der fremdbeurteilten Therapiebeduerftigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese. Viele Korrelationen sind zwar auf dem 5% Niveau noch signifikant, aber zum grossen Teil $r < .25$. Die deutlichsten Zusammenhaenge ($r < .25$) zwischen subjektiven Beurteilungen und angenommener Therapiebeduerftigkeit sind der Rangfolge nach:

1. Insgesamt gesehen war die Behandlung fuer mich erfolgreich ($r = -.359$ $p = .003$).
2. Sofort nach meiner Entlassung aus stationaerer Psychotherapie fuehlte sich meine Umgebung staerker durch mich belastet als vor der Behandlung ($r = -.318$ $p = .006$).
3. Am Anfang der Behandlung wurde mir gesagt, wielange die Behandlung dauern wuerde ($r = .297$ $p = .010$).
4. Meine Familie (Freunde, Bekannte) behandelte mich auch noch meiner Entlassung als Kranken ($r = -.266$ $p = .019$).
5. Die Behandlung bezog sich eigentlich auf den ganzen Tagesablauf ($r = .258$ $p = .022$).

Die faktorielle Auswertung ergab im wesentlichen einen Faktor, der im Sinne von "Transparenz" des therapeutischen Prozesses zu interpretieren ist. Der Zusammenhang dieses Faktors mit der beurteilten Therapiebeduerftigkeit des Patienten ist jedoch nicht signifikant ($r = .156$ $p = .115$). Der Faktor weist in folgenden Items hohe Ladungen auf, wobei die Einzelitems ihrerseits auch in keinem signifikanten Zusammenhang mit dem katamnestischen Ergebnis stehen.

1. Mir wurde am Anfang der Behandlung gesagt, welche Art von Behandlung bei mir durchgefuehrt wird ($r = -.026$ $p = .423$).
2. Die Ziele der Therapie waren mir nach den ersten Gespraechen mit dem Therapeuten klar ($r = .085$ $p = .257$).
3. Die Ziele der Therapie wurden vom Therapeuten und mir gemeinsam festgelegt ($r = .087$ $p = .252$).
4. Die Einzelheiten der Therapie wurden mir erklart ($r = .204$ $p = .058$).
5. Es wurden fast nie genaue Absprachen ueber die Behandlung getroffen ($r = .115$ $p = .188$).

6. Es wurde mir immer erklart, wenn die Behandlung veraendert werden sollte ($r = .003$ $p = .491$).

7. Die Therapeuten reagierten bereits auf kleine Fortschritte ($r = .021$ $p = .438$).

Neben den vorgegebenen Feststellungen konnte der Patient frei beantworten, auf welchen Gebieten er am meisten von der Therapie profitiert hat, worin seine Hauptkritik an der Behandlung besteht, was ihm am meisten geholfen hat und was er als Verbesserung der Behandlung vorschlagen wuerde.

Zu der Frage auf welchen Gebieten der Patient am meisten von der Therapie profitiert hat, wurde der Rangfolge nach folgende Antwortkategorien gegeben:

1. Reduktion der Zwangssymptomatik

Staerkere Symptommfreiheit, weniger Zwaenge (N = 23)

2. Reduktion sozialer Beeintraehtigung

2.1. Bessere soziale Kontaktfahigkeit (N = 14)

2.2. Gesteigerte Arbeitsfahigkeit (N = 11)

2.3. Groessere allgemeine Selbstaeendigkeit (N = 10)

2.4. Verstaerkte Selbstsicherheit (N = 10)

2.5. Groessere Fahigkeiten, Aengste und persoennliche Probleme zu bewaeltigen (N = 9)

2.6. Sonstiges

- Umgang mit Familienmitgliedern erleichtert (N = 5)

- Unabhaengige Selbstversorgung (N = 3)

- Reduzierte sexuelle Aengste (N = 2)

- Gesteigerte Freizeitaktivitaeten (N = 2)

- Auf keinem Gebiet (N = 2)

Zu der Frage "meine Hauptkritik an der Behandlung ist" wurden folgende Antwortkategorien gegeben.

1. Kritik an den Behandlungsmassnahmen

1.1. Mangel an individueller Anwendung einer bestimmten Behandlungsmethode (alle Patienten werden ueber einen Kamm geschert) (N = 4)

1.2. Kritik an einzelnen Behandlungskomponenten (response prevention) (N = 3)

1.3. Mangelnde Transparenz (mir war ueberhaupt nicht klar, worum es ging (N = 3)

1.4. Sonstiges

Nachbetreuung; nicht streng genug (N = 1); zu wenig in vivo Uebungen; die Klinik bietet nur unrealistische Lebensbedingungen (N = 2).

2. Therapieziele

2.1 Symptomorientiert, eigentliche Probleme, zugrundeliegende Konflikte wurden und durften nicht angesprochen werden, zu hohe Ziele, falsche Hoffnung gemacht (N = 7)

3. Team, Mitarbeiter

3.1. Zu wenig Gespraechе, zu wenig Betreuung (N = 8)

3.2. Sonstige

Zu haeufiger Therapeutenwechsel (N = 2), mangelndes Vertrauensverhaeltnis zu den Therapeuten (N = 2), Intoleranz in Fragen weltanschaulicher Art (N = 1)

4. Organisation

Zu lange Wartezeiten (N = 1), zu wenig Leerlauf waehrend der Behandlung (N = 3), zu kurze Behandlungsdauer (N = 4), sturer

Einsatz in Arbeits- und Beschaeftigungstherapien ($N = 2$), die Situation auf der Station war belastend ($N = 1$).

Zu der Frage "was hat Ihnen am meisten geholfen" wurden der Rangfolge nach folgende Antwortkategorien gegeben:

1. Team, Mitarbeiter

Persoenliche Ratschlaege, Lebenshilfe, Zuneigung, gutes persoenliches Verhaeltnis zu Aerzten, Pflegepersonal, Vertrauensverhaeltnis ($N = 23$).

2. Massnahmen

2.1. Bestimmte Behandlungskomponenten

In vivo ($N = 11$)

Gruppentherapie ($N = 6$)

Fremdkontrolle ($N = 3$)

Entspannungsuebungen ($N = 3$)

Sonstige (response prevention) ($N = 2$)

Systematische Desensibilisierung ($N = 2$)

Medikamente ($N = 1$)

2.2. Soziale Massnahmen

Arbeitsplatzvermittlung ($N = 4$)

3. Wechsel des Milieus

Isolation aufgehoben, soziale Kontakte mit den Mitpatienten

($N = 8$), losgelooest vom problematischen Umfeld, Ruhe zur

Selbstbesinnung ($N = 3$), ich hatte etwas zu tun, ich wurde

abgelenkt und beschaeftigt ($N = 4$)

4. Ich selbst ($N = 2$)

"Als Verbesserung der Behandlung wuerde ich vorschlagen"

1. Therapieziele

Konflikte ansprechen, weniger symptomorientiertes Vorgehen

(N = 7)

2. Massnahmen

Mehr Gespraechе (N = 5)

Intensivere Nachbetreuung (N = 4)

Sonstiges (mehr in vivo Training) (N = 3)

Nicht nur Hauptsymptome behandeln (N = 3)

Laengere Behandlungsdauer (N = 3)

Mehr Eigenkontrolle (N = 2)

Kombination von verschiedenen Methoden (N = 2)

Eine Bezugsperson mit einbeziehen (N = 1)

3. Team, Mitarbeiter Einen haeufigen Therapeutenwechsel vermeiden (N = 2)

4. Organisation

weniger Leerlauf zwischen den Therapiesitzungen (N = 3)

Gruppe zu Ende fuehren, nicht vorzeitig abbrechen (N = 1)

5. Transparenz

Mehr Informationen, was die Behandlung soll (N = 1)

5.7.1. Diskussion

Die Antworten der Patienten wurden an dieser Stelle unter zwei Gesichtspunkten diskutiert.

1. Treffen die Antworten der Patienten ihre eigene Therapierealitaet?

2. Lassen sich Behandlungsverbesserungen aus den Antworten entwickeln?

80% der Patienten sagen, dass die Behandlung fuer sie erfolgreich war. Dabei bleibt unklar, ob sich die Antworten auf den kurzfristigen oder langfristigen Behandlungserfolg beziehen. Unter Anbetracht der objektiven Ergebnisse (Zustand bei Entlassung) ist anzunehmen, dass die Patienten zum Teil auch auf den Zeitpunkt der Entlassung hin geurteilt haben. 64% der Patienten wurden bei Entlassung als geheilt bzw. als wesentlich gebessert bezeichnet. Bei Katamnese hingegen wurde lediglich bei 41% angenommen, dass sie ohne therapeutische Hilfe zurechtkommen. Die Erfolgsangabe durch die Patienten wird durch die statistischen Ergebnisse (Zustand bei Entlassung, fremdbeurteilte Therapiebeduerftigkeit) gestuetzt, wenn man dabei zulaesst, dass sich offensichtlich die Angaben der Patienten auf den Zeitpunkt der Entlassung und nicht der Katamnese stuetzen. Sehr viel fraglicher sind die Kriterien, nach denen die Patienten den Erfolg ihrer Behandlung feststellen. Es gibt Hinweise, dass hier der Patient singulaere Therapieeffekte als globalen Behandlungserfolg registriert. Ganz im Gegensatz zum beurteilenden Untersucher. Es kann also lediglich gesagt werden, dass Patienten, die zum Zeitpunkt der Katamnese als nicht therapiebeduerftig bezeichnet werden, signifikant haeufig einen Behandlungserfolg bestaetigen.

Aus den Erfolgsbeurteilungen der Patienten lassen sich keine Hinweise fuer moegliche Therapieverbesserungen gewinnen. Dazu sind sie zu grob, es fehlt die Moeglichkeit der zeitlichen Zuordnung und Informationen ueber subjektive Erfolgskriterien.

Im Klinikalltag ist es vor allem zu Beginn der Therapie nicht ueblich, Angaben zur Therapiedauer zu machen, dennoch sagen 75% der Patienten, dass ihnen bereits zu Beginn der Behandlung

Angaben ueber deren Dauer gemacht wurden. Nachweislich wurden 1/3 der Patienten in zeitlich limitierten Projekten behandelt. Es machen vor allem die Patienten Angaben zur Behandlungsdauer, die bei Katamnese als therapiebeduerftig beurteilt wurden. Die Frage nach der Behandlungsdauer ist insgesamt nicht geeignet, Folgerungen fuer eine verbesserte Therapiegestaltung abzuleiten. Die auffaelligen Angaben therapiebeduerftiger Patienten zur Dauer ihrer Behandlung sind m.E. lediglich als ein Zeichen der hohen Sensibilisierung zur eigenen therapeutischen Situation zu begreifen.

Interessant sind Feststellungen der Patienten, wie: "sofort nach meiner Entlassung aus stationaerer Psychotherapie fuehlte sich meine Umgebung staerker durch mich belastet als vor der Behandlung" u n d : "meine Familie (Freunde, Bekannte) behandelten mich auch noch nach meiner Entlassung als 'Kranken'." Beide Feststellungen wurden vor allem von Patienten gemacht, die bei Katamnese nach Ansicht des Untersuchers keine Behandlung benoetigten.

Diese Antworten erscheinen zutreffend unter folgendem Gesichtspunkt. Der Patient hat sich mit Hilfe der Behandlung veraendert. Er ist symptomfreier geworden und u.U. selbstbewusster und unabhaengiger. Die Verhaltensmuster und Gewohnheiten zwischen Patient und Umgebung - die in vielen Faellen der Angstreduktion dienten und haeufig die Zwangssymptomatik aufrechterhielten - haben an Gueltigkeit verloren. Freunde und Verwandte muessen ihr eigenes Verhalten und ihr Verhaeltnis zum Patienten veraendern, was von den Betroffenen mehrheitlich als belastend empfunden wird. Haeufig

genug besteht in der Umgebung des Patienten ein Interesse an der Aufrechterhaltung seiner Erkrankung.

Die heftigen unmittelbaren Reaktionen von Freunden und Familie bedeutet eine potentielle Rueckfallgefahr fuer den Patienten. Aufgabe der Behandlung ist es deshalb, auf diese Belastungsproben nach Entlassung intensiv einzugehen, sei es Familie und Freunde in die Behandlung staerker mit einzubeziehen, oder falls erforderlich, ihnen selbst eine Einzelbehandlung anzubieten bzw. in einer ambulanten Betreuung die Behandlungsaspekte staerker auf Interaktionsprobleme zwischen den beteiligten Personen, zu verlegen.

70% der Patienten, die als therapiebeduerftig beurteilt wurden, sagen, dass sich die Behandlung eigentlich auf den ganzen Tagesablauf bezog. Die Antwort trifft die Realitaet, vor allem wenn man einzelne z.B. lerntheoretisch fundierte Behandlungskomponenten (z.B. "response prevention") in Betracht zieht. Darueberhinaus hatten fast alle Patienten an beschaeftigungs- und arbeitstherapeutischen Programmen oder an zusaetzlichen Gruppentherapien teilgenommen (vgl. Tabelle 43). Diese zeitlich umfassende Betreuung korreliert nicht mit langfristig gesehenen verbesserten Zuständen. Die intensive Betreuung wird darueber hinaus von den Patienten nicht wahrgenommen oder honoriert. 73% (Item Nr. 16) geben an, dass sie viel Zeit hatten, mit der sie nicht viel anfangen konnten. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass die Patienten die vielen therapeutischen Angebote nicht erkannt haben, sie waehrnscheinlich eher passiv ueber sich ergehen liessen, dass also der Anteil der "Fremdkontrolle" erheblich groesser war, als der

Anteil aktiver "Selbstkontrolle". Vor allem nach Entlassung ist der Patient jedoch auf ein hohes Mass an Selbstkontrolle angewiesen. Er ist auf sich alleine gestellt und hat kaum jemanden, der ihm Fehler zurueckmeldet. Fuer den dauerhaften Behandlungserfolg ist es demnach besonders wichtig, den Patienten zu aktiver Selbstkontrolle anzuleiten um ihn fuer die Zeit nach Entlassung besser vorbereitet zu haben.

Die faktorielle Analyse ergab im wesentlichen einen Faktor, der als "Transparenz des therapeutischen Prozesses" interpretierbar ist. Dieser Faktor ist fuer den langfristigen Verlauf jedoch prognostisch irrelevant. Folgende Items laden auf dem Faktor hoch: Die meisten Patienten gaben an, gewusst zu haben, wie sie behandelt werden sollten (Item Nr.1). Unklar bleibt, ob sie der Behandlung ablehnend gegenueberstanden, ob die differentielle Zuordnung einer Behandlungskomponente fuer sie adaequat war und entsprechend angewendet wurde.

Die Behandlungsziele und Einzelheiten der Behandlung war ebenfalls den meisten Patienten klar, (Item-Nr.8 und Item-Nr.14) wurden jedoch nach Beurteilung der Patienten nur zu zwei Drittel in gemeinsamer Arbeit festgelegt, (Item-Nr.9 und Item-Nr.17) bzw. sie wurden nicht informiert, wenn die Behandlung veraendert werden sollte (Item Nr.26).

Therapieziele werden meistens im Laufe der Therapie definiert und beduerfen einer kontinuierlichen Ueberpruefung. Anfaenglich festgelegte Ziele koennen sich als irrelevant oder unrealistisch herausstellen. Die Erwartungshaltungen (Ziele) des Patienten koennen erheblich von den Zielvorstellungen des Therapeuten

abweichen. Erst gemeinsam erarbeitete Ziele, die staendig auf die reale Lebenssituation des Patienten hin korrigiert werden, und eine aktive Teilnahme des Patienten am therapeutischen Prozess, sind u.U. fuer den langfristigen Verlauf erfolgversprechend.

Es geht also nicht nur darum, dem Patienten zu sagen, wie er behandelt und welche Behandlungskomponenten angewendet werden, um bestimmte therapeutische Ziele zu erreichen, sondern es muss zusaetzlich gewaehrleistet sein, dass sich die Erwartungshaltung des Patienten mit derjenigen des Therapeuten deckt, dass der Patient ausreichend motiviert ist an der Behandlung teilzunehmen, sie ggfs. aktiv mitveraendert und in Eigenverantwortung selbstaendig weiterfuehrt.

Es hat sich gezeigt, dass die vorgegebenen Feststellungen unseres Fragebogens nicht immer plausibel interpretiert werden koennen. Die Analyse von freien Antworten ist ein ergaenzender Ansatzpunkt, Feedback-Information zur Therapieverbesserung zu erhalten. Es wurden 4 Fragen vorgelegt, auf welchem Gebiet der Patient am meisten von der Therapie profitiert hat, was seine Hauptkritik an der Behandlung ist, ihm am meisten geholfen hat und er als Verbesserung der Therapie vorschlagen wuerde.

Interessanterweise zeigte sich, dass positive Antworten freier gegeben wurden als kritische Bemerkungen, obwohl der Interviewer in seiner Instruktion besonders auf den Wert der kritischen Anmerkungen hingewiesen hat. Die Zurueckhaltung vor kritischen Aeusserungen erklart sich bei manchen Patienten durch mangelnde Selbstsicherheit oder intellektuelle Ueberforderung. Einige der

Patienten waren schlicht fragebogenmuede. Ferner muss auch bedacht werden, dass zur Kritik auch Systemkenntnis erforderlich ist. Patienten, die jedoch zum erstenmal stationaer behandelt werden, fehlen entsprechende Vergleichsmoeglichkeiten. Insgesamt sind kritische Anmerkungen und Verbesserungsvorschlaege sehr heterogen. Bedenkt man, dass die Zwangssymptomatik als schwer therapierbare Stoerung angesehen wird und ferner in Anbetracht der vielen therapeutischen Versuche, dieses psychische Problem zu bewaeltigen, spiegeln die unterschiedlichen kritischen Anmerkungen und Vorschlaege der Patienten die allgemeine Unsicherheit der therapeutischen Wirklichkeit wider.

Zustimmende Aeusserungen von Patienten sind in der Regel verknuepft mit subjektiv angenehmen Empfindungen. Diese beziehen sich auf Belastungen, die weggefallen sind (Zwangssymptomatik, soziale Aengste etc.) und auf angenehme soziale Konsequenzen, wonach die Lebensbereiche Arbeit, Familie, Freizeit problemloser erlebt wurden. Diese positiven Konsequenzen unterstreichen die Notwendigkeit, den Patienten auch waehrend des therapeutischen Prozesses innerhalb seines sozialen Umfeldes zu begreifen und entsprechende, die Umwelt integrierende Behandlungskonzepte, zu entwickeln oder weiter zu verfolgen.

5.8. Abschliessende Zusammenfassung und Diskussion

Die Zwangsneurose wird als eine psychische Störung angesehen, die therapeutisch bisher schwer zu beeinflussen ist und prognostisch uneindeutig verläuft. Die Frage nach den therapeutischen Möglichkeiten bei Zwangsneurosen ist besonders aktuell (FOA & GOLDSTEIN, 1978; FOA & STEKETEE, 1977; FOA & TILLMANN, in Vorbereitung; MARKS, HODGSON & RACHMAN, 1975; MEYER, LEVY & SCHNURER, 1974; RACHMAN, 1976; RACHMAN, DeSILVA, ROEPER, 1976; ROEPER, RACHMAN, MARKS, 1975). Ueber Behandlungserfolge zu diskutieren, hat aber nur dann einen Sinn, wenn Kenntnisse vom Langzeitverlauf der Zwangsneurose vermehrt sind. Hierbei kommen katamnestischen Untersuchungen besondere Bedeutung zu.

Ziel dieser Katamnese war, aus der Sicht der Nachuntersuchung mehr Wissen ueber den Verlauf zwangsneurotischer Störungen bereitzustellen und relevante Katamnesekriterien zur Ueberprüfung der prognostischen Relevanz einzelner Merkmale herauszuarbeiten.

Die Chronologie des Verlaufs wurde aufgrund der Krankengeschichtsdokumentation bis zur Entlassung aus stationärer Behandlung im MPI-P rekonstruiert, wobei die beiden Zeitpunkte Aufnahme und Entlassung unter verschiedenen Gesichtspunkten gleichzeitig betrachtet wurden. Mit Hilfe des katamnestischen Untersuchungsinstrumentariums wurden Angaben ueber den Verlauf waehrend des Katamnesezeitraums gemacht, und die katamnestische Querschnittsuntersuchung unter mehreren Fragestellungen eingehend beschrieben. Standardisierte Testdaten

zur Psychopathologie der Patienten lagen zu den beiden Zeitpunkten Aufnahme und Entlassung vor und wurden bei der Nachuntersuchung erneut erhoben, so dass eine 3-Punkte-Messung vorgenommen werden konnte.

In einer Reihe von Nachuntersuchungen wird der Krankheitsbeginn bei ca. 65% der Patienten vor dem 25. Lebensjahr angegeben. Viele Patienten zeigen bereits mit 15 Jahren, wenige jedoch nach ihrem 35. Lebensjahr, deutliche Zwangssymptome (LO, 1967; INGRAM, 1961; KRINGLEN, 1965; MUELLER, 1957; POLLITT et al. 1956; RUEDIN, 1953; BLACK, 1974; GOODWIN et al., 1969). In unserer Untersuchungsstichprobe wurden die ersten Zwangssymptome zu 88% vor dem 25. Lebensjahr und bei 42% der Patienten vor dem 16. Lebensjahr deutlich beschrieben. Genaue Angaben des Krankheitsbeginns werden allgemein als problematisch angesehen. Teils werden zwanghafte Persoenlichkeitsstrukturen, Phobien oder diffuse Angstzustaende in die Definition der Zwangsneurose mit einbezogen, teils explizit ausgeschlossen. Unterschiedliche theoretische Konzepte oder Befragungsstile vermoegen ebenfalls zu Differenzen in der Festlegung des Krankheitsbeginns kommen. Wesentlich ist jedoch die weitgehende Uebereinstimmung, dass vorwiegend zwei wichtige Lebensperioden dominieren, in denen erste Zwangssymptome vom Patienten selbst oder fremdanamnestisch angegeben werden: Die Pubertaet, die biologisch und psychologisch einen einschneidenden Umbruch im Leben mit sich bringt und das fruehe Erwachsenenalter, das haeufig durch emotionale Bindungen (Partnerschaft, Ehe) und berufliche Entscheidung bestimmt sein kann.

Die Faehigkeit des Zwangsneurotikers, seine Symptome vor anderen

zu verheimlichen oder vor sich selbst zu leugnen, sie z.T. aus Scham alleine fuer sich zu tragen, fuehrt dazu, dass bis zur ersten Inanspruchnahme therapeutischer Dienste mehrere Jahre (bei unserem Patienten 7 Jahre) vergehen koennen, wie auch andere Untersucher fanden (DELESKAMP, 1965; GOODWIN, 1969; INGRAM, 1961; RUEDIN, 1953). Die Patienten befinden sich dann haeufig in einem Zustand, in dem eine soziale Anpassung nicht mehr geleistet werden kann, weswegen sie die therapeutische Hilfe suchen.

Die Bedeutung lebensgeschichtlicher psychischer (z.B. Tod eines nahen Verwandten) und somatischer Ereignisse (z.B. schwere koerperliche Erkrankung) fuer die Ausloesung von Zwangssymptomen haben zahlreiche Autoren diskutiert, ohne jedoch weitgehend uebereinstimmende Ergebnisse zu erzielen (RUEDIN, 1953; MUELLER, 1953, 1957; Pollit, 1957; INGRAM, 1961; BLACK, 1974) . Ereignisse wie u.a. 'broken-home' Situation, Belastung durch familiaere und berufliche Probleme etc. wurden in dieser retrospektiven Arbeit nicht erhoben. Unsystematische Befragung und uneinheitliche Dokumentation waren dafuer massgeblich. Der Wert einer strukturierten Erhebung solcher krankheitsausloesender Faktoren wird jedoch nicht in Frage gestellt. In dieser Arbeit wurden berufliche und familiaere Probleme nicht als ausloesende Ereignisse beurteilt, sondern als Auffaelligkeiten innerhalb des Krankheitsbild im Sinne chronischer Leistungsstoerungen am Arbeitsplatz und langandauernder Partnerschafts- oder allgemeinen Kontaktschwierigkeiten. Es zeigt sich, dass haeufig diese Probleme beschrieben wurden. Eine zusaetzliche Beurteilung, ob diese Stoerungen symptombedingt waren oder symptomausloesend, wurde - wie erwaeht - nicht vorgenommen.

Neben chronischen Schwierigkeiten wurde bei einem hohen Anteil der Patienten dieser Untersuchungsstichprobe psychische Symptome beschrieben. Hierbei handelt es sich um neurotisch-depressive Verstimmungen, psychosomatische Störungen und soziale Ängste. Selten wurden Selbstmordversuche angegeben, obwohl derartige Gedanken häufig waren. Diese Ergebnisse lagen in vielen anderen Untersuchungen ebenfalls vor, wobei das Auftreten depressiver Verstimmungen besonders hervorgehoben wird (u.a. INGRAM, 1961; GOODWIN, 1969; ERNST, 1980; LO, 1967; Lewis, 1936; MARKS et al., 1975; FOA et al., 1979).

Die Inanspruchnahme therapeutischer Dienste erfolgte häufig nicht wegen quälender Zwangssymptome, sondern der Patient gab zunächst depressive Verstimmungen, psychosomatische Störungen oder allgemeine soziale Ängste vor (KRINGLEN, 1965). GOODWIN et al. (1969) weist darauf hin, dass die Interpretation dieser Ergebnisse wichtig ist, da sowohl im Längsschnitt als auch im Querschnitt Zwangssymptome von einer dysphorischen Stimmung in unterschiedlicher Ausprägung begleitet sind. Die Patienten können gereizt, angespannt, und vorübergehend depressiv sein. Bietet ein Patient diese Stimmungen im Querschnitt an, kann irrtümlicherweise eine affektive Störung diagnostiziert werden, da der Stimmungsanteil zum Zeitpunkt der Untersuchung den zwanghaften Inhalt überschatten kann. Auch unsere Ergebnisse zeigen, dass der Behandlungsanlass vor Aufnahme ins MPI-P bei 19% ausschliesslich andere Störungen aufwies und bei 11% zu den Zwangssymptomen auch andere psychische Störungen angegeben wurden.

Zur Frage der familiären Belastung fand Lewis (1936) bei allen

Eltern von 50 zwangsneurotischen Patienten pathologische Auffaelligkeiten. 37% bekundeten deutliche Zwangssymptome und 4 Elternpaare waren psychotisch. RUEDIN (1953) fand bei 8% der Eltern zwanghafte Persoenlichkeitszuege, 3% waren schizophren und 12% manisch-depressiv. In anderen Untersuchungen wird der hohe Anteil psychotischer Erkrankungen in den Familien der Patienten nicht gesehen (DELESKAMP, 1965; GRIMSHAW, 1965; POLLITT, 1957). Betrachtet man nur den Anteil zwangsneurotischer Symptome und zwanghafter Persoenlichkeitszuege, so finden sich diese Auffaelligkeiten vermehrt bei den Eltern und Geschwistern der Patienten, wobei es jedoch nicht haltbar ist, aus dieser Beobachtung eine Vererbung abzuleiten. Haeufungen psychiatrischer Erkrankungen in Familien koennen sowohl sozial als auch genetisch uebertragen werden. Die Symptomtradition neurotischer Zwangssymptome oder derartiger Persoenlichkeitszuege wurde in unserer Untersuchung aufgrund mangelnder Dokumentation nicht beurteilt. Eine familiaere Belastung affektiver Psychosen, Schizophrenien, anderer endogener Psychosen oder Suizide/Suizidversuche lag bei keinem Patienten vor.

Die Zusammensetzung der, in der Literatur mitgeteilten Untersuchungsserien ist z.T. unterschiedlich. In fruheren, z.T. psychoanalytischen Arbeiten bestand die Auffassung, dass eine Disposition fuer das maennliche Geschlecht besteht u.a. (BINDER, 1936; ERNST, 1959; ERNST & ERNST, 1965). In einigen Arbeiten ueberwiegen weibliche Patienten (DELESKAMP, 1965; POLLITT, 1957; RUEDIN, 1953; INGRAM, 1963).

Uebersichtsreferate (GOODWIN et al., 1969) ueber katamnestiche Untersuchungen bei zwangsneurotischen Patienten legen nahe, dass

Je groesser die Untersuchungsstichprobe ist, desto staerker die Verteilung maennlicher und weiblicher Patienten sich angleicht. In unserer Untersuchungsstichprobe waren 35 maennliche und 31 weibliche ehemalige Patienten.

Lo's (1967) und INGRAM's (1961) Ergebnisse zeigen eine staerkere Repraesentanz unverheirateter Patienten, vor allem bei maennlichen (INGRAM, 1961). Unsere Ergebnisse lassen diesen Unterschied nicht erkennen.

Einige Autoren betonen, dass zwangsneurotische Patienten eher aus hohen sozialen Schichten stammen, ihre Intelligenz ueber den Durchschnitt liegt und gute Schulleistungen typisch sind (u.a. INGRAM, 1961). Wahrscheinlich als eine Folge des Aufnahmeprozesses gehoeren die Patienten unserer Untersuchungsstichprobe ausschliesslich der Mittelschicht an. Fast die Haelfte der Patienten wurde als Privatpatient in der entsprechenden Abteilung aufgenommen. Die beurteilte verbale Intelligenz liegt nur bei einem Teil der Patienten vor und betraegt durchschnittlich $IQ = \bar{x} = 106$. Bessere Schulleistungen wurden in unserer Untersuchung nicht festgestellt, vielmehr lagen haeufig Schulleistungstoerungen vor. Inwieweit diese Schulleistungstoerungen schon als Folge der Erkrankung anzusehen sind bzw. umgekehrt, ob sie auf der Entwicklung der Zwangsneurose einen Einfluss hatten, oder ob sie davon unabhaengig sind, konnte nicht beurteilt werden.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme ins MPI-P waren die meisten Patienten durch sehr starke Zwangssymptome charakterisiert und konnten zum groessten Teil nicht mehr eine soziale Anpassung leisten. Diese

starke Intensitaet der Symptomatik und dieses generalisierte Ausmass der sozialen Beeintraehtigung am Arbeitsplatz, in der Familie und in der Freizeit findet sich auch bei anderen stationaer behandelten Untersuchungsserien (CREMERIUS, 1962; INGRAM, 1961, OEKE, 1975).

Kategorisierungsversuche von Zwangsphaenomenen wurden in der Literatur selten unternommen (u.a. SUELLWOLD, 1973; DOWSON, 1977; COOPER 1970) und wenn, dann bestanden in der Erhebungsmethode und in den Definitionen der Einzelsymptome Unterschiede. Noch seltener trifft man in Verlaufsstudien Klassifikationen von Zwangsmerkmalen und ihre systematische Analyse an. GOODWIN et al. (1969) und DELESKAMP (1965) kommen aufgrund des Uebersichtsreferates bzw. der Katamnese zu dem Ergebnis, dass Zwangshandlungen und Zwangsgedanken nicht voneinander zu trennen sind, d.h. es treten bei einem Patienten Zwangsgedanken und die in Handlung umgesetzten Gedanken gemeinsam auf (GOODWIN et al. 1969), wobei monothematische Symptome selten vorkommen (DELESKAMP, 1965). Die naechere Charakterisierung unserer Untersuchungsgruppe ergab damit uebereinstimmend bei dem weitaus groessten Teil der Patienten sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen und mindestens zwei unterschiedliche Auspraegungsformen (z.B. Waschzwang und Zaehlzwang). Lediglich bei 9% lag eine Monosymptomatik vor.

Neben der Zwangssymptomatik wurden bei Aufnahme ins MPI-P zusaetzlich soziale Aengste, neurotisch depressive Verstimmungen, Selbstmordgedanken, psychosomatische Stoerungen und sexuelle Stoerungen beschrieben. Ferner fanden sich Leistungsschwierigkeiten, gestoerte Interaktion innerhalb der

Familie und ein beeinträchtigtes Freizeitverhalten. Die Beurteilung des Krankbildes im Querschnitt hatte gegenüber der Beurteilung desjenigen im Längsschnitt erhebliche methodische Vorteile: Körperliche und Allgemeinbeschwerden, depressive und paranoide Tendenzen wurden mit standardisierten Selbstbeurteilungsskalen erfasst und waren so normativ vergleichbar. Fremd- und Selbstbeurteilung gleicher psychopathologischer Aspekte stimmen relativ hoch überein. Die Frage bleibt jedoch unbeantwortet, ob in Selbst- und Fremdbeurteilungen die gleichen Dimensionen eingehen. Wie fast bei jeder psychischen Störung, geht auch bei unseren nachuntersuchten Patienten eine hohe unspezifische Depressivität einher. Bei der erhöhten Tendenz der Depressivität ist aber auch zu bedenken, dass sie eine momentane affektive Stimmung widerspiegeln kann und u.U. als veränderbar zu betrachten ist. Auffallend sind die vermehrten Angaben von Allgemeinbeschwerden. Unspezifische körperliche Kranklichkeit ist nach ERNST (1980) im Rahmen einer allgemeinen Erhöhung der Morbidität der Neuroseerkrankung zu verstehen. Wahrscheinlich sind diese psychosomatischen, unspezifischen Symptome, bei denen keine Organfixierung nachweisbar ist, konstanter im Verlauf einer neurotischen Störung vorzufinden, als Symptome, die Diagnosen zuzuordnen wären.

Der stationäre Aufenthalt im MPI-P dauerte durchschnittlich 10 Wochen und entspricht dem anderer Katamnesen von psychotherapeutisch stationär behandelten Patienten (CREMERIUS, 1962; MUELLER, 1953). Die Aufenthaltsdauer medikamentös stationär behandelter Patienten ist in der Regel kürzer (LOPEZ et al., 1974; KRINGLEN, 1965). Die Behandlungsmassnahmen im

MPI-P sind verschiedenen theoretischen Behandlungskonzepten zuzuordnen. In der weiteren Datenanalyse wurde jedoch zwischen psychoanalytischen, auf der Lerntheorie basierenden Behandlungskonzepten und medikamentösen Behandlungen nicht differenziert.

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem MPI-P wurden durch den damaligen behandelnden Therapeuten beim grössten Teil der Patienten (64%) ein sehr guter bzw. guter unmittelbarer Behandlungserfolg beurteilt. Trotz des Milieuwechsels, den jeder stationäre Aufenthalt mit sich bringt und dem bereits Besserungseffekte zugesprochen werden (ROTACH-FUCHS, 1968) und trotz beschreibbarer symptomorientierter bzw. konfliktorientierter Behandlung mit teilweise medikamentöser Unterstützung zeigen jedoch 36% keine wesentliche Verbesserung ihrer Zwangssymptomatik. Dies weist darauf hin, dass die Zwangneurose therapeutisch schwer beeinflussbar ist, was auch aus anderen Untersuchungen bekannt ist. Ferner ergab die Beurteilung allgemein klinischer Merkmale, dass sich das Ausmass subjektiv angegebener körperlicher und Allgemeinbeschwerden während des stationären Aufenthaltes nicht stark verringert hat. In der standardisierten Fremdbeurteilung tritt allerdings eine Reduktion der Symptomatik auf. Diese Diskrepanz erklärt sich vermutlich dadurch, dass der Patient während des Entlassungsgesprächs weniger allgemeine Kranklichkeit und psychosomatische Beschwerden äussert, sondern verstärkt symptom- und problemorientierte Aussagen macht, nicht zuletzt, weil sich der Untersucher auf diagnosespezifische Aspekte verstärkt konzentriert. Das subjektive Befinden bezüglich Allgemeinbeschwerden kommt demnach stärker in der vom Gespräch

unabhaengigen Selbstbeurteilungsskala zum Ausdruck.

Die Depressivitaetswerte haben sich waehrend des stationaeren Aufenthaltes sowohl in der standardisierten Fremd- als auch Selbstbeurteilung signifikant verringert. Dennoch bleiben diese Werte bei der Haelfte der Patienten pathologisch auffaellig. Es ist anzunehmen, dass fuer diesen Sachverhalt der Grund bei vielen Patienten in der bevorstehenden Entlassung liegt, d.h. der Schritt zurueck in die fordernde reale Lebenssituation steht bevor. Belastungen und Konflikte koennen zwar u.U. mit einer besseren Einsicht oder erlernten Problemloesungsstrategien angegangen werden, aber die soziale Eingliederung in die alte Umgebung muss vollzogen werden. Diese antizipierte Angst ist dazu angetan, den depressiven Stimmungsanteil bei der Entlassung zu erhoehen. Neben dem reaktiven Depressionsanteil ist auch denkbar, dass sich depressive Tendenzen zu einem Bestandteil des Krankheitsbildes verfestigt haben und lediglich in ihrer Intensitaet variieren. Paranoide Tendenzen sind weitgehend unauffaellig.

Zusammenfassend hat sich die Zwangssymptomatik waehrend des stationaeren Aufenthaltes im MPI-P bei 36% nicht veraendert. Gruppenstatistisch ergibt sich ferner bei den nachuntersuchten Patienten waehrend des stationaeren Aufenthaltes eine relativ konstante Morbiditaet im Sinne allgemeiner und koerperlicher Beschwerden. Die selbst- und fremdbeurteilte Depressivitaet war bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme zwar geringer ausgepraegt im Vergleich zur Norm, aber auffaellig.

Zum Zeitpunkt der Katamnese nach durchschnittlich 4 1/2 Jahren

wurde bei insgesamt 27 (41%) Patienten keine bzw. leichte Zwangssymptome und bei 39 (59%) deutliche bis sehr ausgeprägte Zwangssymptome gesehen. Nach Ansicht des Untersuchers sollten diese Patienten eine therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Nicht alle Autoren geben Intensitätsmasse, sondern eher Differenzmasse an. Eine Schwierigkeit besteht in der Unklarheit darüber, was unter "Besserung" oder "Verschlechterung" zu verstehen ist. Die Beurteilung kann sich auf ein Verschwinden aller neurotischen Symptome beziehen oder aber nur auf die diagnosespezifischen. Ferner kann die "Besserung" ueber Verhaltens- und Befindensstörungen Aussagen machen, aber auch ueber die Persoenlichkeitsstruktur. Letztlich ist es auch denkbar, dass der Terminus "Besserung" nicht die Symptomreduktion beruecksichtigt, sondern eher allgemeine soziale Faehigkeiten, etwa gute Integration in Arbeit, Freizeit, Familie etc. Diese Unklarheit schraenkt die Vergleichsmoeglichkeit verschiedener Arbeiten ein. Die Vergleichbarkeit ist ferner reduziert durch unterschiedlichen Umfang der Untersuchungss Stichprobe (COOPER, 1965; DELESKAMP, 1965), verschiedene Beurteilungsaspekte (CREMERIUS, 1962; KRINGLEN, 1965) und Untersuchungsziele (OEKE, 1975; MUELLER, 1973), durch unterschiedliche Katamnosedauer (OEKE, 1975; KRINGLEN, 1965) und verschiedene Erhebungsmethoden (OEKE, 1975; CREMERIUS, 1962). Generell ist zu sagen, dass unsere Ergebnisse die Auffassung anderer Autoren bestaetigen, die Zwangsneurose als eine schwer veraenderbare neurotische Stoerung anzusehen (MUELLER, 1957; DELESKAMP, 1965; KRINGLEN, 1965, 1967). Bei den guten Ergebnissen anderer Autoren ist zu pruefen, ob eine relativ kurze Katamnosedauer das Ergebnis bestimmt, oder u.U. unterschiedliche diagnostische Kriterien dazufuehren, dass es sich bei der Untersuchungsgruppe eher um leichtere Faelle

handelt oder aber - was meistens jedoch nicht nachweisbar ist - ob sich diese Patienten in staendiger ambulanter Betreuung befanden und welche Katamnese Kriterien zur Beurteilung herangezogen wurden.

Der Aufnahmebefund der Patienten unserer Untersuchungsstichprobe deutet auf ein komplexes Syndromprofil hin, das charakterisiert ist durch diagnosespezifische Zwangssymptome, diffuse Aengste, Phobien, koerperliche- und Allgemeinbeschwerden, sowie depressive Tendenzen. Auch bei der Nachuntersuchung zeigt sich dieses Syndromprofil. Sowohl depressive als auch allgemein psychosomatische Beschwerden bestimmen das Krankheitsbild der gesamten Untersuchungsgruppe. Auffallend ist, dass sowohl in der Fremd- als auch in der Selbstbeurteilung seit Entlassung sich die allgemeine Kraenklichkeit verstaerkt hat und im Vergleich zur Norm sich zum groesstenteil pathologisch darstellt. Die staerker ausgepraegten Zwangssymptome, erhoelte Angaben koerperlicher und Allgemeinbeschwerden, aber auch gesteigerte Werte depressiver und paranoider Tendenzen finden sich signifikant haeufiger bei den Patienten, die vom Untersucher als therapiebeduerftig beurteilt wurden.

Die Frage, ob ein Syndromwandel im Verlauf der Erkrankung haeufig gesehen wurde, ist aufgrund unserer Ergebnisse zu verneinen. Es gibt keine interpretierbaren Hinweise auf eine Verlagerung in andere diagnostische Kriterien, zu aehnlichen Ergebnissen kommen COOPER et al. 1965 und GRIMSHAW (1965). Wenn in anderen Untersuchungen ein Uebergang der Zwangsneurose in Schizophrenie vermutet und diskutiert wird (MUELLER, 1953; RUEDIN, 1953), so ist zu fragen, ob dieses unterschiedliche Ergebnis nicht Resultat

einer unterschiedlichen diagnostischen Ausgangsbasis darstellt und von daher nur schwer vergleichbar ist.

Die Mortalitaet in unserer Untersuchungsstichprobe betraegt 4%. Die Todesursache war bei 3 Patienten Selbstmord. In der Literatur wird eine Selbstmordrate von 1% diskutiert. Dieser Prozentsatz ist relativ gering, wenn man bedenkt, dass Selbstmordgedanken das Krankheitsbild in vielen Faellen mitbestimmen. Exakte Angaben der Selbstmordrate sind u.a. abhaengig von der Informationsquelle. Unsere Angaben holten wir uns von der zustaeendigen Behoerde ein. In anderen Arbeiten wird z.T. aus organisatorischen Schwierigkeiten der Todesursache nicht nachgegangen und weiterhin koennen Angaben von Familienmitgliedern aus Scham verfaelscht sein. Insofern sind geringe Unterschiede in der Selbstmordquote zu relativieren.

Die Beurteilung der sozialen Integrationsfaehigkeit des Patienten ist sehr wichtig. Dies nicht nur, weil eine hoher Gebundenheit zwischen Intensitaet der Zwangsneurose und Ausmass der sozialen Beeintraehtigung in relevanten Lebensbereichen nachgewiesen werden koennte und zur Deskription des psychischen Zustands des Patienten gehoert, sondern weil die Kenntnis des Umfangs sozialer Desintegration die Ableitung konkreter Behandlungsschritte ermoeeglicht. Es wurden hohe signifikante Zusammenhaenge zwischen Ausmass der Zwangssymptome und gestoerter Interaktion inner- und ausserhalb der Familie beschrieben. Ferner koennen bei Patienten mit ausgepraegter Zwangssymptomatik den Anforderungen am Arbeitsplatz im Haushalt und an die Selbstversorgung nicht mehr genuegt werden. Diese Patienten sind eher sozial isoliert und gehen haeufiger keiner Freizeitbeschaeftigung nach. Die

Selbstbeurteilung stimmt im wesentlichen mit der Fremdbeurteilung ueberein, wobei die Beurteilung der sozialen Isolation und Freizeitgestaltung ausgenommen bleibt.

Als Erklaerung fuer diskrepante Beurteilung der sozialen Isolation und des Freizeitverhaltens ist folgendes theoretisch denkbar: Patienten mit ausgepraegter Zwangssymptomatik bieten immer wieder ein vergleichbares Bild. Sie unterlassen alles bis hin zur eigenen Koerperpflege, um vollstaendig und uneingeschraenkt Situationen, in denen Zwaenge auftreten koennen, vermeiden zu koennen. Damit wird das Leben von allem Zufaellichen, Unberechenbaren befreit, was fuer den Patienten immer Beunruhigung und Bedrohung bedeutet. Die extreme Vermeidung desaktualisiert weitere Zwangshandlungen; der Patient fuehlt sich z.T. subjektiv vom Zwang staerker befreit. In der Fremdbeurteilung hat aber gerade das Vermeidungsverhalten und der Aspekt sozialer Beeintraechtigung eine entscheidende Bedeutung und fuehrt zur Beurteilung der staerksten Auspraegung der Zwangssymptome, wenngleich bei der Selbstbeurteilung eher der Aspekt eine Rolle spielt, dass durch die Immobilisierung die Moeglichkeit zwangsausloesender Situationen auf ein Minimum reduziert ist, d.h. der Zwang sich in den Augen des Patienten sich gar nicht "sehr stark" manifestiert.

Einige katamnestische Arbeiten wurden durchgefuehrt, um spezifische Faktoren und soziale Ereignisse herauszuarbeiten, die Aenderungen im Krankheitsverlauf bewirken (LO, 1967; POLLITT, 1959; INGRAM, 1961; KRINGLEN, 1965; LANGFELDT, 1958; MUELLER, 1953). Die Ergebnisse ueber die prognostische Relevanz solcher Faktoren sind haeufig widerspruechlich. Dies mag u.a. einmal

darán liegen, dass Unterschiede in der Definition der Merkmale bestehen und Patienten hinsichtlich diagnostischer Kriterien schwer vergleichbar sind. Unterschiedliche Katamnese-kriterien vermögen ebenfalls die Ergebnisse zu beeinflussen. Als Katamnese-kriterien wurden vor allem Differenzmasse herangezogen, die den Patienten als gebessert, unverändert, verschlechtert beschrieben haben, oder es wurden Intensitätsmasse der Zwangssymptomatik mit und ohne zusätzliche Beurteilung sozialer Integration - herangezogen. Weniger Arbeiten verwenden psychometrische Verfahren.

In dieser Arbeit wurden sowohl Besserungsraten, Intensitätsbeurteilungen der Zwangssymptomatik und sozialen Integration, als auch standardisierte klinische Beurteilungen vorgenommen. Die Wechselbeziehungen der Katamnese-kriterien untereinander wurden analysiert und führten zu einer Auswahl von Beurteilungsaspekten, die sich zur umfassenden Beschreibung des aktuellen Zustandes bei Katamnese eignen und zur Überprüfung von Prognosefaktoren mit herangezogen werden können.

Bei den klinischen Selbstbeurteilungsskalen (KSB-S) ist es informativer, die Selbstbeurteilungen der Einzelaspekte körperlicher und Allgemeinbeschwerden (BL), depressiver Tendenzen (DS) und paranoider Tendenzen (PS) voneinander getrennt zu lassen. Bei den Fremdbeurteilungen, für die Neurose relevanten Syndrome ist eine Zusammenfassung hingegen sinnvoll. Von den selbstkonstruierten und übernommenen Beurteilungsskalen zur Beschreibung des aktuellen Zustandes eignen sich in der Rangfolge vor allem die "Global Assessment Scale (GAS)", die sowohl klinische als auch soziale Aspekte berücksichtigt, die

Beurteilung der angenommenen Therapiebeduerftigkeit des Patienten und die Intensitaet der diagnosespezifischen Symptomatik. Die einseitige Beurteilung der sozialen Beeintraehtigung und die Beschreibung des Verlaufstyps im Sinne einer Besserung bzw. Verschlechterung zeigen nur geringe Zusammenhaenge mit den anderen Katamnesekriterien und eignen sich am wenigsten zum differenzierten Beschreiben des katamnestischen Zustandes. Dieses Ergebnis ist insofern bedeutend, als, wie bereits erwaeht, viele Arbeiten zur Ueberpruefung der Prognosefaktoren lediglich die Beurteilung des Verlaufstyps (gebessert, unveraendert, verschlechtert) als Katamnesekriterium heranziehen. Die ausschliessliche Angabe des katamnestischen Ergebnisses mit Hilfe von Verbesserungs- und Verschlechterungsraten ist demnach problematisch, weil diese nicht eng gekoppelt mit dem Zustand bei Katamnese sind.

Wegen unzureichender Dokumentation laesst unsere Arbeit einige Vergleiche zu anderen Literaturarbeiten nicht zu. Beispielsweise wurden keine Angaben zu krankheitsausloesenden Lebensereignissen und zur praemorbiden Persoenlichkeit gegeben und eine Therapiebewertung war nicht geplant.

In der Literatur werden Geschlecht, Intelligenz (INGRAM, 1961; LO, 1967) und Therapien (DELESKAMP, 1965; MUELLER, 1957) als prognostisch irrelevant angesehen. Allgemein bestaetigen unsere Ergebnisse die Literatur. Der langfristige Krankheitsverlauf ist bei Maennern und Frauen gleich. Frauen auessern jedoch signifikant haeufiger koerperliche und Allgemeinbeschwerden sowie emotionale Stoerungen im Sinne depressiver Tendenz. Von Zerssen

(1976) weist daraufhin, dass man bei Maennern und Frauen u.U. von unterschiedlich normativem Verhalten ausgehen kann, d.h. es handelt sich hier wohl weniger um prognostische als eher indikatorische Zusammenhaenge.

Allgemeine behandlungsbezogene Merkmale, wie grobe Klassifikation von Behandlungskonzepten ohne naehere Analyse waehrend des MPI-P Aufenthaltes, Anzahl stationaerer Behandlungen vor Aufnahme ins MPI-P und die Dauer des stationaeren Aufenthaltes im MPI-P selbst, erwiesen sich als prognostisch unbedeutend.

Lo (1967) und POLLITT (1957) zeigten in ihren Arbeiten, dass fehlende kinderneurotische Symptome prognostisch guenstig sind. Zur praemorbiden Persoenlichkeit koennen wir keine Aussage machen, weil entsprechende Persoenlichkeitsskalen nur von einigen wenigen Patienten vorliegen und darueber hinaus die Krankengeschichtsdokumentation zeitliche Zuordnungen von Symptomen vor Krankheitsbeginn bzw. nach Krankheitsbeginn nicht zulassen. Unabhaengig von der Frage der Prae morbidity zeigt sich, dass diagnoseunabhaengige psychische Symptome im Verlauf der Erkrankung prognostisch unguenstig sind. Als diagnoseunabhaengige Symptome werden auch in dieser Arbeit hauptsaechlich depressive Tendenzen, psychosomatische Stoerungen, allgemeine und sexuelle Aengste festgestellt. FOA et al. (1979) haben in experimentellen Untersuchungen den Zusammenhang zwischen Depression und Zwangsphaenomenen untersucht. Die Autoren ziehen den Schluss, dass das gleichzeitige Auftreten von Zwangsphaenomenen und neurotisch depressiven Symptomen durch eine generelle Sensitivitaet oder Konditionierbarkeit zu erklaren ist. Dieser Annahme schliessen wir uns an. Methodische Maengel

unserer Untersuchung lassen keine statistische Ueberpruefung der Hypothesen zu, ob Depressionen Zwangssymptome ausloesen bzw umgekehrt, Angst- bzw. Ekel- oder Spannungsausloesende Zustaende der Zwangssymptomatik zu Depressionen fuehren. Uns unterstuetzen subjektive Aeusserungen vieler Patienten. Es wurde haeufig berichtet, dass zwischen Zwangssymptomen und depressiven Symptomen nicht unterschieden werden konnte und wahrscheinlich eine Wechselwirkung besteht. Weiterhin stuetzen wir uns auf statistisch gefundene hohe Korrelationen zwischen den, als therapiebeduerftig beurteilten Patienten und den Depressivitaetsscore. Ein verbesserter, stabilisierter Zustand bei Entlassung bestand mehrheitlich gleichzeitig aus reduzierter Zwangssymptomatik und depressiver Symptomatik.

STRAUSS (1948); GOODWIN et al. (1969); POLLITT (1969); INGRAM (1961) wiesen der kurzen Erkrankungsdauer vor Erstbehandlung eine positive Prognose nach. In unserer Arbeit erscheint dieser Zusammenhang nicht gewichtig.

Unsere Ergebnisse stuetzen eher die Annahme, dass es sich bei der Zwangsneurose um eine schwer therapiebare Stoerung handelt, die selbst bei rasch erfolgter therapeutischer Intervention und laengeren stationaeren Aufenthalten keine Veraenderung im Krankheitsverlauf zeigen. Laengere stationaere Aufenthalte und eine lange Erkrankungsdauer vor Aufnahme ins MPI-P weisen sogar eher daraufhin, dass die Krankheitsverlaeuft dieser Patienten auch langfristig unbeeinflussbar bleiben. Diese Patienten zeigten haeufiger ausgepraegte Zwangssymptome, waren sozial schlecht integriert und nach Meinung des Untersuchers therapiebeduerftig.

In unserer Arbeit hat sich gezeigt, dass Patienten, die in der Schule durch Leistungsschwierigkeiten auffielen und/oder auch spaeter am Arbeitsplatz im Zusammenhang mit ihrer Zwangssymptomatik Leistungsstoerungen hatten, langfristig psychisch anfaellig blieben und eine gute soziale Integration kaum leisten konnten.

Die zwangsneurotischen Symptome werden haeufig in Zusammenhang mit Interaktionsproblemen innerhalb der Familie, Partnerschaft, sexuellen und sozialen Aengsten, sowie gestoertem Freizeitverhalten gesehen. Prognostische Bedeutung erlangten jedoch nur Leistungsstoerungen. Es scheint sinnvoll, in Zukunft die Beurteilung der Leistungsstoerung auch als 'outcome'-Kriterium heranzuziehen, wobei harte Kriterien wie vor allem Arbeitsunfaehigkeitszeiten ein guter Indikator waere, der auch mit entsprechenden Literaturergebnissen verglichen werden koennte. Dem Aufnahmebefund wird allgemein keine prognostische Bedeutung zugesprochen. Unsere Ergebnisse lassen hingegen die Auffassung zu, dass Patienten auch bei Katamnese eine staerker ausgepraegte Zwangssymptomatik haben und therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen sollten, je schlechter das Ausmass der Zwangssymptomatik und der fremdbeurteilte psychopathologische Befund insgesamt bei der Aufnahme war.

INGRAM (1961) spricht Patienten mit Monosymptomatik einen prognostisch guenstigen Verlauf zu. Wir sahen 6 Patienten mit Monosymptomatik, deren Verlaeuft sich von komplexen Krankheitsbildern nicht unterschieden. Dieses Ergebnis muesste allerdings an einer groesseren Stichprobe noch einmal ueberprueft werden.

Der Entlassungsbefund wird in der Literatur allgemein stark beachtet. Auch in unserer Arbeit kommt dem Entlassungsbefund eine staerkere Bedeutung als dem Aufnahmebefund zu. Es zeigte sich, dass Patienten mit fremdbeurteilten stark ausgepraegten psychopathologischen Merkmalen, eine schlechte Prognose haben, sowohl starke Zwangssymptome aufweisen als auch sozial schlecht integriert sind und erneut therapeutische Dienste in Anspruch nehmen sollten. Die allgemeine Beurteilung des Therapieerfolges des damals behandelnden Therapeuten ist jedoch prognostisch ohne Bedeutung. Dies ist insofern nicht ueberraschend, als es sich um ein Veraenderungsmass handelt und psychotherapeutisch Taetige eher zu einer Ueberschaetzung des Therapieerfolges neigen. Die Katamnesedauer erwies sich in der Untersuchung als prognostisch irrelevant.

Einige Autoren versuchen, Krankheitsverlaeuftypen nach chronischen und episodenhaften Verlaeuften zu klassifizieren und ihre prognostische Relevanz zu pruefen (INGRAM, 1961). Dem chronischen Verlauf der Zwangsneurose mit sehr lang hingezogenen, schwer abgrenzbaren Verschlechterungen oder Verbesserungen wird eine schlechte Prognose zugeordnet. Dem seltener auftretenden episodenhaften Verlauf, bei dem es von Zeit zu Zeit zu massiven Zwangssymptomen kommt, darueber hinaus aber waehrend der Zwischenzeit kaum mehr als Zeichen einer zwanghaften Persoenlichkeitsstruktur oder leichte Zwangssymptome nachweisbar sind, wird eine bessere Prognose zugesprochen.

In dieser Arbeit konnte der Krankheitsverlauf eigentlich nur zwischen Aufnahme und Entlassung befriedigend rekonstruiert

werden. Der Verlauf vor Aufnahme wurde nur retrospektiv beschrieben. Erhebungsmethoden fehlten um den genauen Symptomverlauf aufgrund der Krankengeschichtsdokumentation zu rekonstruieren. Die Beurteilung, dass bei Patienten mit unverändertem Entlassungsbefund eher ein chronischer Verlauf vorliegt, ist u.a. statthaft, vor allem, wenn zusätzlich lange Erkrankungsdauer wiederholte Behandlungsversuche und zusätzliche Symptome als Beschreibungsmerkmale hinzukommen. Die Verbesserung während eines stationären Aufenthaltes hingegen ist nicht unbedingt ein Hinweis auf einen episodenhaften Verlauf. Es kann lediglich gesagt werden, dass eine Veränderung im Sinne einer Verbesserung vorliegt, deren prognostische Relevanz nachzuweisen ist. Neben den seltenen Klassifikationsversuchen des Verlaufs wird in vielen Arbeiten der Verlauf global durch "gebessert, unverändert, verschlechtert" beschrieben (BLACK, 1974; GOODWIN et al., 1969). auch wir haben den Verlaufstyp als Differenzmass zwischen Entlassung und Katamnese angegeben, weil uns zur Beurteilung von episodenhaften Verläufen oder anderen Verlaufskategorisierungen die Erhebungsmethode nicht ausreichend erschieden. Zusätzliche Beurteilungsquerschnitte (1 Jahr bzw. 2 Jahre) nach Entlassung wurden einbezogen. Beurteilt wurde die Veränderung der Zwangssymptomatik.

36 (58%) Patienten zeigten eine allgemeine Verbesserungstendenz ihrer Symptomatik zwischen Entlassung und Katamnese. Der Verlauf war aber charakterisiert durch eine starke Variabilität der Symptomatik (beurteilt 1 Jahr und 2 Jahre nach Entlassung) zwischen verbessertem und verschlechtertem Zustand. 11 (24%) Patienten zeigten bei Katamnese einen verschlechterten Zustand. Die Beurteilung 1 Jahr bzw. 2 Jahre nach Entlassung beschreibt

bei diesen Patienten Intensitaetsschwankungen zwischen verschlechterten und unveraendertem Zustand im Vergleich zur Entlassung. 15 (13% Patienten waren insgesamt bei Katamnese im Vergleich zur Entlassung unveraendert. Dieses Ergebnis lag auch 1 Jahr bzw. 2 Jahre nach Entlassung vor. Daraus ist zu schliessen, dass bei Katamnesen mit kurzer Katamnesedauer bis maximal 2 Jahren und hoher Verbesserungsquote die Ergebnisse als vorlaeufig und ungesichert, hingegen Ergebnisse, die unveraenderte und verschlechterten Zustaende beschreiben, als relativ stabil zu betrachten sind.

Die Beurteilung einer Symptomatik als gebessert, laesst eine Aussage ueber Symptommfreiheit nicht zu. Deshalb wurde in die Beurteilung zusaetzlich das Symptom 'Niveau' bei Entlassung und Katamnese mit einbezogen. Zwischen dem Intensitaetsniveau bei Entlassung und Katamnese besteht ein leichter, jedoch nicht signifikanter Zusammenhang. Der zugehoerige Testschwellenwert betraegt 6,1% (exakter Fisher-Test). Eine Aufschluesselung ergibt, dass von den Patienten mit niedrigem Entlassungsniveau (67%) auch bei Katamnese ein niedriges Intensitaetsniveau und 33% ein hohes Intensitaetsniveau zeigen. Der deutliche Zusammenhang zwischen Entlassung und Katamnese im Verhaeltnis von 2:1 besteht fuer Patienten mit hoher Zwangssymptomatik bei Entlassung (N=35) nicht. 49% haben bei Katamnese ein hohes und 51% ein niedriges Intensitaetsniveau.

Die Analyse des Symptomverlaufs unter gleichzeitiger Betrachtung des Intensitaetsniveaus bei Entlassung und Katamnese und kurzfristiger Veraenderung der Richtung 1 Jahr bzw. 2 Jahre nach Entlassung zeigt allgemein:

1. Patienten mit niedrigem Entlassungsniveau und unveränderter, relativer Symptommfreiheit während des ersten Jahres nach Entlassung sind auch langfristig nicht mehr rückfällig geworden. Therapeutische Interventionen scheinen nicht an gebracht. Verschlechtert sich hingegen die Symptomatik im ersten bzw. zweiten Jahr nach Entlassung sind langfristig gesehen keine gesicherten Aussagen möglich. Zu diesem Zeitpunkt Auffrischungstherapien oder Interventionen mit anderen Behandlungskomponenten anzubieten, wäre sicherlich sinnvoll und könnte u.U. den weiteren Verlauf prognostisch begünstigen.

2. Interessanterweise zeigen 80% der Patienten mit hohem Entlassungsniveau ueber 1 Jahr konstant stark ausgepraegte Symptome, dann aber tritt eine starke Variabilitaet ein. 20% verbessern ihre Symptome im ersten Jahr und bleiben dann danach langfristig relativ symptomfrei. Es ist zu ueberlegen, inwieweit eine Veraenderung des therapeutischen Konzepts waehrend des stationaeren Aufenthaltes zu besseren, unmittelbaren Behandlungserfolgen fuehren koennten und den weiteren Verlauf mitbestimmen. Ferner ist auch zu bedenken, inwieweit die Veraenderung 1 Jahr nach konstant schlechtem Verlauf spontan bzw. durch erneute Behandlungen erfolgt ist. Diese Analyse wird an einer anderen Stelle von Werner-Eilert (in Vorbereitung) vorgenommen.

Die Ergebnisse dieser vorliegenden Langzeitkatamnese sind in hohem Masse von Variablen abhaengig, wie z.B. ambulante oder stationaere Vorbehandlungen, stationaere Behandlungsdauer im MPI-P, Diagnosekriterien, Alterszusammensetzung, soziale Schicht Katamnese-dauer, ambulante oder stationaere Nachbehandlungen,

drop-out Rate, Art der katamnestischen Untersuchung etc. Die methodischen Maengel oder Einschr nkung der weitgehend retrospektiven Erhebung gegenueber prospektiven Studien an repr esentativen Patientengruppen verhindern einen objektiven Nachweis des langfristigen Erfolgs der station eren Behandlung im MPI-P. Um aber nicht ganz auf die Diskussion zu verzichten, ob und welche ein Zusammenhang zwischen dem katamnestischen Ergebnis und der station eren Behandlung im MPI-P besteht, wurden subjektive r ueckblickende Beurteilungen des Patienten analysiert. Es wurde eine Itemanalyse mit anschliessender Faktorenanalyse der vorgegebenen Feststellungen durchgef hrt. Der Wert einer subjektiv r ueckblickenden Bewertung ist prinzipiell gegeben. Unsere Ergebnisse widersprechen der verbreiteten Annahme, dass nur geheilte Patienten der Behandlung einen positiven Wert beimessen, wenngleich Patienten mit stark ausgepraegter Symptomatik die Behandlung mehr oder weniger als wertlos beurteilt. Sowohl bei geheilten als auch bei therapiebeduerftigen Patienten fanden sich deutlich positive und negative Beurteilungen. Zur naeheren Analyse der Antworten fehlen aber wesentliche zusaetzliche vorgegebene Feststellungen, wie kurz/langfristiger Behandlungserfolg in welchen Lebensbereichen manifestieren sich positive und negative Konsequenzen der therapeutischen Intervention manifestieren, worin die Hilfe etc. bestand. Die Itemformulierungen muessten gerade dahingehend verbessert und erweitert werden, um mehr Hinweise zur Therapieverbesserung zu gewinnen. Ein Ergebnis der Itemanalyse bedarf besonderer Beachtung. Patienten, die nach Ansicht des Untersuchers keiner Behandlung mehr beduerfen, sagen signifikant h eufiger, dass sich seine Umgebung nach Entlassung aus station erer Behandlung staerker belastet f uehlte als vorher

und dass sie von Freunden wie Bekannten weiterhin als Kranke behandelt wurden. Dieses Ergebnis verstaerkt die Annahme, dass die familiaeren, Partnerschafts- oder ehelichen Verhaeltnisse des Patienten durch starke gegenseitige Abhaengigkeiten und durch neurotische Beduerfnisse der Einzelnen gepraeagt sein koennen. Diese Beduerfnisse bedingen, ergaenzen und stabilisieren sich gegenseitig. Die "Heilung" des Patienten schafft eine Stoerung des Gleichgewichts des Verhaeltnisses, den Beduerfnissen der anderen wird nicht mehr entsprochen. Familientherapeutische Ansaetze erscheinen hier sehr wichtig, sei es, dass Familienmitglieder mit in den Therapieprozess einbezogen werden bzw. Einzelbehandlungen erfahren, oder dass nach Behandlungsstrategien Interaktionsprobleme besondere Beachtung geschenkt wird.

Die Faktorenanalyse ergab im wesentlichen einen Faktor, der im Sinne von Transparenz des therapeutischen Prozesses zu interpretieren ist. Der Faktor ist fuer den langfristigen Verlauf jedoch prognostisch irrelevant. Es reicht demnach nicht aus zu wissen, worin die Therapieziele bestehen, wie sie erreicht werden sollen und warum sie veraendert wurden, vielmehr scheinen motivationale Faktoren eine Rolle zu spielen. Ferner eine permanente Kontrolle, ob die Ziele realistisch sind, die Methoden adaequat und der Patient die notwendige Selbstaeendigkeit wie auch die Eigenverantwortung erlangt hat, welche in seiner realen Lebenssituation erforderlich ist.

Die freien Antworten bestanden aus wenigen kritischen Beurteilungen und Verbesserungsvorschlaegen. Sie waren darueber hinaus sehr heterogen. Es liessen sich keine eindeutigen

Antwortkategorien erkennen. Bedenkt man, dass die Zwangssymptomatik als schwer therapierbare Störung angesehen wird, und betrachtet ferner die vielen therapeutischen Versuche, dieses psychische Problem zu bewältigen, so spiegeln die unterschiedlichen kritischen Anmerkungen und Vorschläge zur Problemlösung die allgemeine Unsicherheit der therapeutischen Wirklichkeit wieder. Die positiven Beurteilungen bezogen sich auf die Reduktion von Symptomen (Zwänge, Ängste) und vor allem auf die Reduktion von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, der Familie und in der Freizeit. Dieses Ergebnis zeigt einmal, dass zur Beurteilung der Intensität der Symptomatik auch die Beurteilung sozialer Beeinträchtigung in relevante Lebensbereiche gehört und neben symptomorientierter Behandlung der Patient auch während des therapeutischen Prozesses innerhalb seines sozialen Umfeldes zu betrachten ist, entsprechende Umwelt integrierende Behandlungskonzepte zu entwickeln oder zu erweitern, als auch u.U. familientherapeutische Ansätze zu berücksichtigen sind.

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass langfristig etwas mehr als ein Drittel der Patienten alleine zurecht kommt, jedoch etwas weniger als zwei Dritteln der Nachuntersuchten eine therapeutische Hilfe zum Teil dringend empfohlen wurde. Unser Ergebnis stimmt demnach weitgehend mit der Literatur überein, die die Zwangsneurose als eine schwer therapierbare Störung ansieht. Die als therapiebedürftig beurteilten Patienten waren insgesamt durch ein komplexes Krankheitsbild charakterisiert. Neben stark ausgeprägten Zwangssymptomen manifestierten sich vor allem solche, die für das depressive Syndrom typisch sind. Patienten gaben subjektiv an, dass depressive und Zwangssymptome

im Verlauf haeufig wechselnd auftraten, ohne sagen zu koennen, welche Stoerung ursaechlich war. Die Frage nach der Beziehung zwischen depressiven Anzeichen und Zwangssymptomen wird bereits in neueren experimentellen Untersuchungen aufgegriffen (FOA et al. 1979). Es wird vermutet, dass weder die Depression die Zwangssymptomatik noch die Zwangssymptomatik die Depression ausloest, sondern eher eine verstaerkte Sensitivitaet oder Konditionierbarkeit (FOA et al. 1979) die Ursache darstellt. Die neueren experimentellen Ansaetze in der Literatur (FOA et al. 1979) erscheinen uns sehr richtig und wichtig. Der Versuch, Therapiekomponenten differenziert zuzuordnen, um mehr Wissen ueber moegliche Kausalitaeten bereitzustellen, ist sicherlich ein notwendiger Schritt, um langfristig die Prognose zu verbessern. Das Ansteigen koerperlicher und Allgemeinbeschwerden im Verlauf der Erkrankung ist in Zukunft noch naecher zu analysieren (ERNST, 1980). Ist es ein geschlechtsspezifisches Phaenomen oder spielt das Alter eine Rolle, auessern sich hier gesellschaftliche Normen, die allgemeine Kraenklichkeit eher akzeptiert, weniger sanktioniert als Symptome, die eindeutig einer Diagnose zuzuordnen sind? Sind diese koerperlichen und Allgemeinbeschwerden gleichzusetzen mit der erhoehten Morbiditaet, die im Zusammenhang mit zwangsneurotischen oder depressiven Syndromen gesehen wird?

Der Zusammenhang zwischen der Intensitaet der Zwangssymptomatik und sozialen Beeintraechtigung relevanter Lebensbereiche ist ein weiteres wichtiges Ergebnis. Der Patient ist auch waehrend des therapeutischen Prozesses unbedingt innerhalb seines sozialen Umfeldes zu betrachten. Eingehende Analysen der familieren, partnerschaftlichen Interaktion sind erforderlich, um mehr Wissen

ueber das Bedingungsgefuege der Erkrankung zu erlangen. Entsprechende therapeutische Massnahmen wie z.B. Einbeziehung der Bezugsperson in die Behandlung oder getrennte Therapien bzw. Nachbehandlungen, in denen Interaktionsprobleme akzentuiert beachtet werden, sind unserer Meinung nach angebracht, um Rueckfaelle zu reduzieren. Unabhaengig von Familien- oder Partnerschaftsorientierten Behandlungsansatzen erscheint uns das Einueben von sozialen Fertigkeiten ratsam, um im alltaeglichen Leben besser zurechtzukommen.

Zur Optimierung der Verlaufsforschung sollten methodische Maengel zumindest dort aufgehoben werden, wo sich entsprechende Gelegenheiten bieten. Eine Ausweitung bisher begrenzter methodischer Moeglichkeiten ist durch eine adaequate Wahl von Katamnesekriterien gegeben. Globale Besserungsraten scheinen das katamnestische Ergebnis zu verzerren, weil sie an den psychischen Zustand nicht eindeutig gekoppelt sind. Es besteht zumindest Unklarheit, wenn nicht angegeben wird, ob sich die "Besserung" oder "Verschlechterung" auf bestimmte oder allgemeine psychische Symptome bezieht, soziale Fertigkeiten mit beruecksichtigen oder unabhaengig betrachten. Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, mehrere Katamnesekriterien gleichzeitig zu definieren, die sowohl diagnose-spezifische, allgemein pathologische und soziale Beurteilungsaspekte beruecksichtigen. Subjektive und objektive Beurteilungen koennen sich sinnvoll ergaenzen, vor allem dann, wenn normative Vergleiche gegeben sind.

Eine differenzierte Beurteilung des katamnestischen Befundes alleine reicht nicht. Das Bemuehen um quantifizierende Absicherung von psychopathologischen Untersuchungsergebnissen

sollte fuer alle Abschnitte der Verlaufsforschung verbindlich sein: Die Dokumentation der Krankengeschichte, die Durchfuehrung und Beschreibung des therapeutischen Prozesses und des Verlaufs nach Entlassung. Die Verlaufsforschung nur auf sogenannte "harte" Daten zu gruenden und dabei das subjektive Erleben des Patienten in der Entstehung wie im Verlauf der Erkrankung zu vernachlaessigen ist sicherlich nicht ratsam. Auch in Zukunft sollte deshalb ein Wert katamnestischer Arbeiten darin bestehen, sich fortlaufend mit psychopathologischen Fragen und Methodenkonzepten auseinanderzusetzen.

AGRAS, S. & WERNE, J.: Behavior Modification in Anorexia Nervosa. In: Vigersky, R.A. (ed.) Raven Press, New York, 1977

ALTSCHULE, M.D.: Adrenocortical function in anorexia nervosa before and after lobotomy. New Engl. J. Med. 248, 808-810, 1953

ANANTH, J.: Treatment of obsessive-compulsive neurosis: Pharmacological approach. Psychosom. 17, 180-184, 1976

AZERRAD, J. & STAFFORD, R.L.: Restoration of Eating Behavior in Anorexia Nervosa Through Operant Conditioning and Environmental Manipulation. Beh. Res. Ther. 7, 1965-171, 1969

BACHRACH; A.J., ERWIN, W.J. & MOHR, J.P.: The control of eating behavior in an anorectic by operant conditioning techniques. Ullmann & Kramer (eds.) Case Studies in BM. 14, 153-163, 1965

BALSLEV-OLESEN, T. & JØRGENSEN, G.: The prognoses of obsessive-compulsive Neurosis. Acta Psychiat. scand. Suppl. 136, 232-241, 1959

BARTHELMES, H. & ZERSSSEN, D.v.: Das Münchener Psychiatrische Informationssystem (PSYCHIS München) in: Reichertz, P.L., und Schwarz, B. (Hrsg.): Informationssysteme in der med. Versorgung. Ökologie der Systeme. Bericht über die 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Med. Dokumentation, Informatik u. Statistik e.V. v. 26.-29. Sept., Hannover, 138-145, Schattauer, Stuttgart - New York, 1978

BARTONINI, F. & FOSSI, G. (1964): In: Eggers, C.: Zwangszustände und Schizophrenie. Fortsch. Neurol. Psychiat. 36 (10), 576-589, 1968

BECK, J.C. & BRØCHNER-MORTENSEN, K.: Observations on the Prognosis in Anorexia nervosa. Acta Med. Scand. 149, 409-430, 1954.

BEECH, H.R.: Ritualistic activity in obsessional patients. J. Psychosom. Res., 15, 417-422, 1971

BEECH, H.R. & LIDDELL, A.: Decision making, mood states, and ritualistic behavior among obsessional patients. In: Beech H.R. (ed.) Obsessional states. London: Methuen & Co., Ltd., 1974

BENKERT, O. & HIPPIUS, H.: Die Aufgaben der klinischen Psychiatrie bei der Entwicklung neuer Psychopharmaka. Arzneimittel-Forschung (Drug Research) 25, 1195-1203, 1975

- BLINDER, B.J., FREEMAN, D.J.A., STUNKARD, A.J.:
Behavior Therapy of Anorexia Nervosa: Effectiveness
of Activity as a Reinforcer of Weight Gain. *Am. J.*
Psychiat. 126 (8), 77-82, 1970
- BLISS, E.L., BRANCH, C.H.H.: *Anorexia nervosa.*
Paul B. Hoeber, New York, 1960
- BORNGA, E.: (1965) In Liesenfeld, R.: *Die Lehre vom Zwang*
Fortschr. Neurol. Psychiat. 40, 40-54, 1972
- BORNSZTAJN, M. (1922): In: Eggers, C.: *Zwangszustände und*
Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 36 (10),
576-589, 1968
- BOX, G.E.P. & DRAPER, N.R.: *Evolutionary operation: A method*
for increasing industrial productivity. New York: Wiley, 1969
- BOYAR, R.M., KATZ, J., FINKELSTEIN, J.W., KAPEN, S.,
WEINER, H., WEITZMAN & HELLMAN, L.: *Anorexia nervosa:*
immaturity of 24 hours secretory pattern. *New Engl. J. Med.*
291, 861, 1974
- BROSER, F. & GOTTWALD, W.: *Symptomatische Psychosen bei*
Magersucht. Nervenarzt, 26, 10, 1955
- BRADY, J.P. & RIEGER, W.: *Behavior treatment of*
anorexia nervosa. New York Academic Press: 45-64.
In: Thompson, T. & Dockensyr, S. (Eds.) *Applications of*
Behavior Modification, 1975
- BRUCH, H.: *The significant difference: discordant*
incidence of Anorexia Nervosa in monozygotic twins.
Am.J. Psychiat. 126, 85-90, 1969
- BRUCH, H.: *Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa*
and the Person within. New York: Basic Books Inc.
Publishers, New York, 1973
- BRUCH, H.: *Anorexia nervosa in the male.*
Psychosomatic Medicine. 33 (1), 31 - 47, 1971
- BROWNING, C.J. & MILLER, S.F.: *Anorexia nervosa. A study*
in prognosis and management. *Am. J. Psychiat.* 124 (8),
1128-1132, 1968
- CAMMER, L.: *Antidepressants as a prophylaxis against depression*
in the obsessive-compulsive person. *Psychosom.,* 14, 201-206,
1973
- CANTWELL, D.P., STURZENBERGER, S., BURRANGLES, J., SALKIN, B.
& GREEN, J.K.: *Anorexia nervosa. An Effective Disorder Arch.*
Gen. Psychiat. 34, 1087-1093, 1977

- BERGIN, A.E.: The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *J. of Counseling Psychology*, 10, 244-250, 1963
- BERGIN, A.E. & LAMBERT, M.J.: The evaluation of therapeutic outcomes. In: Garfield, S.L.; Bergin, A.E. (Hrsg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 2. ed. New York: Wiley, 23-63, 1978
- BERGMANN, G. v.: Die psychogene Magersucht, *Med. Zeitschrift* 1,41, 1944
- BERGMANN G.v.: Magerkeit und Magersucht. *Deutsche Med. Wochenschrift* 60, 123, 159, 1934
- BERNSTEIN, I.: Anorexia nervosa treated successfully with electroshock therapy and subsequently followed by pregnancy. *Am. J. Psychiat.* 120, 1023-1025, 1964
- BERNSTEIN, J.C., CALLAHAN, W.A., JARANSON, J.M.: Lobotomy in Private Practice. Long - Term Follow-up. *Arch. Gen. Psychiat.* 32, Aug. 1975
- BEUGEN, v.D.L., KROBVELD, E., GRAEFF, de J., SMEENK, D. & QUERIDO, A.: Anorexia nervosa, een studie van 38 patienten. *Ned. T. Geneesk.* 105, 454-470, 1961
- BHANJI, S. & THOMPSON, J.: Operant conditioning in the treatment of anorexia nervosa. A review and retrospective study of 11 cases. *Brit. J. Psychiat.* 124, 166-172, 1974
- BIANCO, F.J.: Rapid Treatment of two Cases of Anorexia Nervosa. *J. Beh. Ther. Exp. Psychiat.* 3, 223-224, 1972
- BINDER, H.: *Zur Psychologie der Zwangsvorgänge*. Karger, Berlin, 1936
- BINSWANGER, H. Der Fall Ellen West. In: *Schizophrenie*. Pfullingen: Neske, sowie: *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 53/54, 255, 1944; 55, 1945
- BLACK, A.: The natural history of obsessional states. London: Methuen's *Manuals of Modern Psychology*, 1974
- BLEUDER, M.: Untersuchungen zur Psychopathologie und Endokrinologie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 180, 272, 1948
- BLEULER, E. (1911): In: Eggers, C.: *Zwangszustände und Schizophrenie*. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 36 (10), 576-589, 1968
- BLEULER, E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin, Springer, 1930

CAPSTICK, N.: Chlorimipramine in obsessional states.
Psychosom., 12, 332-335, 1971

CARMODY, J.T.B. & VIBBER, F.M.: Anorexia nervosa treated by
prefrontal lobotomy. Ann. intern. Med. 36, 647, 1952

CAUTELA, J.R.: Covert reinforcement. Behav. Res. Ther. 1,
33-50, 1970

CHÉNE, Y.T. (1959): In: Liesenfeld, R.: Die Lehre vom Zwang
Sammelbericht über die Jahre 1947 - 1970, Fortschr. Neurol.
Psychiat. 40, 40-54, 1972

CLAUSER, G.: Das Anorexia-nervosa Problem unter besonderer
Berücksichtigung der Pubertätsmagersucht und ihrer klini-
schen Bedeutung. Ergebnisse der inneren Med. und Klinik-
heilkunde, 21, 7-164, 1964

COOPER, J.E., GELDER, M.G. & MARKS, I.M.: Results of Behav.
Therapy in 77 Psychiatric Patients. Brit. Med. J., 1,
1222-1225, 1965

CREMERIUS, J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in
der Psychotherapie. Springer Monogr. 99, 1-102, 1962

CREMERIUS, J.: Zur Prognose der Anorexia nervosa (13 fünf-
zehn- bis achtzehnjährige Katamnesen psychotherapeutisch
unbehandelter Fälle) Arch. Psychiat. Z. ges. Neurol. 207,
378-393, 1965

CREMERIUS, J.: Zur Prognose der Anorexia nervosa (11 sechs-
undzwanzig- bis neunundzwanzigjährige Katamnesen psycho-
therapeutisch unbehandelter Fälle) Z. Psychosom. Med. Psycho-
anal. 24 (1): 56-69, Jan.-Mai 1978

CRISP, A.H.: Clinical and therapeutical aspects of
anorexia nervosa - a study of 30 cases. J. Psychosom.
Res. 9, 67-78, 1965

CRISP, A.H., HARDING, B. & MCGUINNES, B.: Anorexia
nervosa: Psychoneurotic characteristics of parents:
Relationship to prognosis. J. Psychosom. Res. 18,
167-173, 1974

CRISP, A.H. PALMER, R.L. & KALUCY, R.S.: How Common
is Anorexia Nervosa? A Prevalence Study.
Brit. J. Psychiat. 128, 549-554, 1976

CRONBACH, L.J.: The two disciplines of scientific psychology.
American Psychologist, 12, 671-684, 1957

DALLY, P.J.: Anorexia nervosa. New York: Grune &
Stratton, 1969

DALLY, P.J. & SARGANT, W.: A New Treatment of Anorexia Nervosa. Brit. Med. Journal, 1, 1770-1773, 1960

DAVIS, H.K.: Anorexia nervosa: Treatment with hypnosis and ECT. Dis. Ner. System 22, 627-631, 1961

DELGADO, H. (1957): In: Liesenfeld, R.: Die Lehre vom Zwang. Sammelbericht über die Jahre 1947-1970. Fortschr. Neurol. Psychiat. 40, 40-54, 1972

DELKESKAMP, H.: Langstrecken - Katamnesen von Zwangsneurosen. Acta Psychiat. Scand. 41, 564-581, 1965

DENKER, P.G.: Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner - a follow-up of 500 cases. New York State J. Med. 46, 2164-2166, 1946

Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten
Deutsche Übersetzung der internationalen Klassifikation der WHO: ICD (ICD = International Classification of Diseases) 8. Revision und des internationalen Glossars. Springer-Verlag
Übersetzt v. W. Mombour & G. Kockott, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, 1971

DOERR, P., FICHTER, M.M., PIRKE, K.M. & LUND : Relation between weight gain and adrenocortical function in patients with Anorexia nervosa. X. International Congress of Clinical Chemistry. Proceedings, 1978

DOWSON, H.H.: The phenomenology of severe obsessive-compulsive neurosis. Brit. J. Psychiat., 131, 75-78, 1977

DÜHRSSSEN, A.: Problem der psychogenen Eßstörung. Psyche 4, 56-72, 1950/51

DÜHRSSSEN, A.: Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten, nach analytischer Psychotherapie. Psychosom. Med. 8 (2), 94-113, 1962

EGGERS, C.: Zwangszustände und Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 36 (10), 576-589, 1968

ENDICOTT, J.; SPITZER, R.L.; FLEISS, J.L. & COHEN, J.: The Global Assessment Scale. A Procedure for Measuring Disturbance. Arch.Gen. Psychiatry, 33, June, 1976

ERNST, K.: Verlaufstendenzen der "Neurosen", Sonderdruck aus: Psychiatr. Verlaufsforschung, Methoden und Ergebnisse. Schimelpfenning, G.N. (Hrsg.), Verlag H. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1980

EYSENCK, H.J.: The effects of psychotherapy: An evaluation. J. of consulting Psychology, 16, 319-324, 1952

FALRET (1866): In: Tashev, T.: Zur Klinik der Zwangszustände. Z. Neurol. Psychiat. 38 (2), 89-109, 1970

FEIGHNER, J.P., ROBINS, E. GUZE, S.B. WOODRUFF, R.A. Jr., WINOKUR, G. & MUNOZ, R.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiat. 26 57-63, 1972

FEER, H.: Zwang und Schizophrenie. I. Karger. Basel, München, 1973

FLYNN, J.M; WOOD, R.; MICHELSON, L. & KEEN, J.: Publication trends in Behavior Therapy, 1970 - 1977. In: Follow-up Assessment in Behavior Therapy. Eric J. Mash and Leif G. Terdal, In: Toward a psychology of therapeutic maintenance. Hrsg. P. Karoly und J. Steffen, New York: Gardner Press, in press.

FOA, E.B. & GOLDSTEIN, A.: Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. Beh. Ther., 9, 821-829, 1978

FOA, E.B. & STEKETEE, G.: Obsessive-compulsives conceptual issues and treatment interventions in: Hersen, M., Eisler, R.M., Miller, R.M. (eds.). Progress in Behavior Modification, Vol. 1 New York, Academic Press, 1979

FOA, E.B. & STEKETEE, G.: Effects of exposure to disasterous ruminations in obsessive-compulsive checkers. A paper presented at the annual conference of the British Association for Behavioral Psychotherapy, Stirling, Scotland, July, 1978

FOA, E.B. & STEKETEE, G.: Emergent fears during treatment of three obsessive compulsives: Symptom substitution or deconditioning? J. Beh. Ther. Exp. Psychiat., 8, 353-358, 1977

FOA, E.B., STEKETEE, G. & GROVES, G.: Use of behavioral therapy and imipramine. A case of obsessive-compulsive neurosis with severe depression. Beh. Modification, Vol. 3 (3), 419-430, 1979

FOA, E.B. & TILLMANNS, A.: The treatment of obsessive-compulsive neurosis. In: Goldstein, A. & Foa, E.B. (eds.) Handbook of behavioral interventions, A clinical guide. New York: John Wiley, 1980

FORSTER, F.G. & KUPFER, D.J.: Anorexia nervosa. Telemetric assessment of family interaction and hospital events. J. Psychiat. Res. 12, 19-35, 1975

FRANKL, V.E.: Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. Am. J. Psychiat., 14, 520-525, 1960

FRAHM, H.: Beschreibungen und Ergebnisse einer somatisch orientierten Behandlung von Kranken mit Anorexia nervosa
I. Med. Welt, 38, 2004-2011, 1966
II. Med. Welt, 39, 2068-2074, 1966

FREUD, S. (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Gesammelte Schriften Bd. VIII, Leipzig, Wien, Zürich, 1924.

FREUD, S. (1896): Gesammelte Schriften, Bd. 8, Intern. Psychoanalyt. Verlag Leipzig, 501-567, 1924

FRISCH, R.E. & McARTHUR, J.W.: Menstrual cycles: Fatness as a determinant of minimum weight for height; necessary for their maintenance or onset. Science, 185, 949-951, 1975

GARFINKEL, P.E., BROWN, G.M., STANCER, H.C. & MOLDOFSKY, H.: Hypothalamic-pituitary function in Anorexia Nervosa. Arch. Gen. Psychiat. 32, 739-744, 1975

GARFINKEL, P.E., KLINE, S.A. & STANCER, H.C.: Treatment of anorexia nervosa using operant conditioning techniques. J. ental. Dis. 157 (6), 428-433, 1973

GELLER, J.L.: Treatment of anorexia nervosa by the integration of behavior therapy and psychotherapy. Psychother. Psychosom. 26 (3), 167-177, 1973

GITTLESON, N.L.: Depressive psychosis in the obsessional neurotic. Brit. J. Psychiat. 112, 883-887, 1966

GLASS, G.V. & SMITH, M.L.: Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. Paper presented at meeting of the society for Psychotherapy Res. San Diego, California, June 1976

GOEBEL, F.D.: Anorexia nervosa beim Mann. Münch. Med. Wochenschr. 118 (26), 1557-1558, 1976

GOLDBERG, S.C., HALMI, K.A., CASPER, R., ECKERT, E., & DAVIS, J.M.: Pretreatment predictors of weight change in Anorexia nervosa. In: Vigersky R. (ed.) Anorexia nervosa. Raven Press, New York, 1977

GOODWIN, D.W., GUZE, S.B., ROBINS, E.: Follow-up studies in obsessional neuroses. Arch. Gen. Psychiat. 20, 182-187, 1969

GOTTMAN, J. & MARKMAN, H.: Experimental Designs in Psychotherapy Research. In: Garfield, S.L.; Bergin, A.E. (Hrsg.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 2. ed. New York: Wiley, 23-63, 1978

GREENBLATT, R.B., BARFIELD, W.E. & CLARKS, S.L.:
The use of ACTH and cortisone in the treatment of
anorexia nervosa. J. Med. Associat Georgia
40, 299-301, 1951

GREER et al (1966): In: Black, A.: A natural history of
obsessional neurosis. In: Beech, H.R. (ed) obsessional
States London Methuen's Manuals of Modern Psychology,
1974

GRIESINGER, W.: Über einen wenig bekannten psychopathischen
Zustand. Arch. Psychiat. Nervenkr., 626-635, 1868

GROEN, J.J. & FELDMANN-TOLEDANO, Z.: Educated treatment of
patients and parents on anorexia nervosa. Brit. J.
Psychiat. 112, 671-681, 1966

GROTE, L.R. & MENG, H.: Über interne und psychotherapeu-
tische Behandlung der endogenen Magersucht. Schweizer
Med. Wochenschr. 64, 137, 1934

GRIMSHAW, L.: The outcome of obsessional disorder. A
follow-up study of 100 cases. Brit. J. Psychiat. 3,
1051-1056, 1965

GULL, W.: Anorexia Hysterica. Brit. med. J. 2, 527-528, 1873

GULLICK; E.L. & BLANCHARD, E.B.: The use of psychotherapy
and behavior therapy in the treatment of an obsessional
disorder: The experimental case study. Journal of Nervous
and Mental Disease, 156, 427-431, 1973

GURMAN, A.S. & RAZIN, A.M.: Effective Psychotherapy. A Handbook
of Research. Pergamon Press, 1977

GUTHEIL, E. (1950): In: Pollitt, J.: Obsessional states
Brit. J. Hosp. Med., 1146-1150, 1969

HALLSTEIN, E.A.: Adolescent anorexia nervosa treated by
Desensitization. Behav. Res. Ther. 3, 87-91, 1965

HALMI, K.A.: Anorexia nervosa: Demographic and clinical
features in 94 cases. Psychosom. Med. 36, 18-26, 1974

HALMI, K.A., BRODLAND, G. & LONEY, J.: Prognosis in
Anorexia nervosa. Ann. Intern. Med. 78, 907-909, 1973

HALMI, K.A., GOLDBERG, S.C. & CUNNINGHAM, S.: Perceptual
distortion of body image in adolescent girls. Distortion
of body image in adolescence. Psychol. Med. 7, 253-257, 1977

HALMI, K.A., POWERS, P., & CUNNINGHAM, S.: Treatment
of Anorexia Nervosa with Behavior Modification - Effective-
ness of Formula Feeding and Isolation.
Psychiat. 32, 93-96, 1975

Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE), z.
Aufl. Huber, Bern-Stuttgart, 1964

HASLAM, M. T.: The treatment of an obsessional patient by
reciprocal inhibition. Beh. Res. Ther. 2, 213-216, 1965

HASTINGS, D.W.: Follow-up Results in Psychiatric Illness.
Americ. J. Psychiat. 114, 1057-1065, June 1958

HAY, W. M., HAY, L. R. & NELSON, R. O.: The adaptation of
covert modeling procedures to the treatment of chronic
alcoholism and obsessive compulsive behavior: Two case
reports. Beh. Ther., 8, 70-78, 1977

HEILBRONNER, K.: Zwangsvorstellung und Psychose. Z. Ges.
Neurol. Psychiat. 9, 301, 1912

HENRICH, G., JONG, R.de, MAI, N. & REVENSTORF, D.: Aspekte
des therapeutischen Klimas - Entwicklung eines Fragebogens
Zeitschr. f. Klin. Psychologie 8 (1), 41-55, 1979

HODGSON, R.J., RACHMAN, S. & MARKS, J.M.: The treatment of
chronic obsessive-compulsive neurosis: Follow-up and
further findings. Beh. Res. Ther., 10, 181-189, 1972

HOPKINSON, G. (1964): In: Liesenfeld, R.: Die Lehre vom
Zwang. Fortschr. Neurol. Psychiat. 40, 40-54, 1972

INGRAM, I.M.: Obsessional illness in mental hospital
patients. Brit. J. Psychiat. 107, 382-402, 1961

JANET, P.: Les Obsessions et al Psychastheme. Paris
Bailliere, 1903,

JANET, P.: Die psychologische Spannung, ihre Grade und
Schwankungen. Brt. J. Psychol. 1 (1921), 209, Ref. Zbl.Ges.
Neurol. Psychiat. 27 (1921), 8

JASPERS, K.: Allgemeine Psychologie. Berlin: Springer, 1913-
1920 (8. Auflage) 1965

JOHANSON, A.J. & KNORR, N.J.: Treatment of anorexia nervosa
by levodopa. Lancet. 2, 591, 1974

KAY, D.W.K. & LEIGH, D.: The natural history, treatment
and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of
38 patients. J. Ment. Sci. 100, 411-431, 1954

KAY, D.W. & SCHAPIRA, K.: The Prognosis in Anorexia nervosa
In: MEYER, I.E., FELDMANN, H. (ed.): Anorexia nervosa
Symposium am 24./25. April 1965 in Göttingen, Thieme Verlag

KENNY, F.T., MOWBRAY, R.M. & LALANI, S.: Faradic disruption
of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis:
A controlled study. Beh. Ther. 8, 200-221, 1978

KENNY, F.T.; SOLYOM, L. & SOLYOM, C.: Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis. *Behav. Ther.* 4, (3), 448 - 457, 1973

KELLY, D., RICHARDSON, A., MITCHELL HEGGS, N. et al.: Stereotactic limbic leucotomy: a preliminary report on forty patients. *St. George's Hosp. Med. Sch., Atkinson Morley's Hosp., London, Brit. J. Psychiat.* (141-148), 123 / 573, 1973

KELLY, D., WALTER, C.J.S., MITCHELL HEGGS N. & SARGANT, W.: Modified leucotomy assessed clinically, physiologically an psychologically at six weeks and eighteen months. *St. George's Hosp. Med. Sch., Atkinson Morley's Hosp., London Brit. J. Psychiat.* (19-29), 120 / 554, 1972

KENDELL, R.E., HALL, D.J., HAILEY, A. & BABIGTAN, H.M.: The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 3, 200-203, 1973

KIESLER, D.J.: Experimentelle Untersuchungspläne in der Psychotherapie-Forschung S. 106-147. In: *Grundlagentexte in der Klinischen Psychologie. Bd.1. Forschungsfragen der Klinischen Psychologie.* Hrsg. Franz Petermann und Claus Schmook, H.Huber-Verlag, 1977

KIESLER, D.J.: A grid model for theory and research in the psychotherapies. In: L.D. Eron, (Ed.), *The relationship of theory and technique in psychotherapy.* Chicago: Aldine, 1968

KIESLER, D.J.: Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin* 65, 110-136, 1966

KLUGE, E.: Zwangskrankheit und Cychothymie, *Nervenarzt* 36, 11-14, 1965

KRAEPELIN, E.: *Psychiatrie* 7. Aufl. Bd. II, 792. Ambrosius Bar Leipzig, 1908

KRAFFT-EBING, R.: Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurteilung krankhafter Gemütszustände. Enke, Erlangen 1867

KRINGLEN, E.: Obsessional neurotics. *Brit. J. Psychiat.* 111, 709-722, 1965

KRINGLEN, E.: Principles and Methods in psychiatric follow-up studies. In: Schimmelpennig G.W. (Hrsg.) *Psychiatrische Verlaufsforschung. Methoden und Ergebnisse.* Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 19-33, 1980

KYLIN, E.: Die Simmondssche Krankheit. *Ergebn. inn. Med. Kinderheilkunde*, I, 49, 1935

KYLIN, E.: Die Klinik der hypophysären Erkrankungen.
Leipzig: Barth, 1943

LANGEN, D.: Zwangsneurose oder Zwangssyndrome; Intern.
Prax. 13 (4), 663-665, 1973

LANGFELD, G. (1938): In: Black, A.: A natural history of
obsessional neurosis. In: Blech, H.R. (ed): Obsessional
States. London, Methuen's Manuals of Modern Psychology,
1974

LASEGUE, C.: De l'anorexie hysterique. Arch. gen. Med.
21, 385, 1873

LAUTER, H.: Die anankastische Depression. Arch. Psychiat.
Neurol., 203, 433, 1962

LAZARUS, A. A.: New methods in psychotherapy: A Case Study.
South Afr. Med. J., 33, 660-663, 1958

LE BOEUF, A.: An automated aversion device in the treatment of
a compulsive handwashing ritual. J. Beh. Ther. & Exp. Psychia
5, 267-270, 1974

LEGER, A.L.: An outcome measure for thought-stopping examined
in three case studies, Unpublished manuscript, 1978

LEGEWIE, B.: Ein Beitrag zur Frage der Zwangsneurose und
Psychose. Z.ges. Neurol. Psychiat. 89, 1, 1923

LEWINSOHN, F.M., LOBITZ, C. & WILSON, S.: "Sensitivity" of
depressed individuals to aversive psychology. J. of Abnormal
Psychiat., 81, 259-263, 1973

LEWIS, A.: Problems of obsessional illness. Proceedings of the
Royal Society of Medicine, 29, 325-336, 1935

LEITENBERG, H., AGRAS, W. St. & THOMSON, L.E.: A sequential
analysis of the effect of selective positive reinforcement
in modifying anorexia nervosa. Behav. Res. Ther. 6 (2),
211-218, 1968

LO, E.H.: A follow-up study of obsessional neurotics in
Hong Kong, Chinese. Brit. J. Psychiat. 113, 823-832, 1967

LOBB, L.G. & SCHAEFER, H.H.: Successful Treatment of
Anorexia Nervosa. Psychol. Rep. 30, 245-246, 1972

LOPEZ-IBOR-ALIÑO, J.J. & LOPEZ-IBOR-ALIÑO, J.M.: Psycho-
pharmacologic Treatment of obsessive syndrome. Arznei-
mittelforschung, 24 (8), 1119-1122, 1974

LORR, M. & KLETT, C.J.: Inpatient multidimensional Psychiatric
scale (IMPS). Consulting Psychologists Press, 1966

- LUFF, M.C. & GARROD, M.: The After-Results of psychotherapy in 500 Adult Cases. The Brit. Med. J. 11, 54-59, 1935
- LUNDBERG, P.O., WALINDER, J., WERNER, I. & WIDE, L.: Effects of the trophin-releasing hormone on plasma levels of TSJ, FSJ, LH and GH Anorexia Nervosa. Eur. J. Clin. Invest. 2, 150, 1972
- MAIER, N.R.F.: Frustration: The study of behavior without a goal. New York: McGraw-Hill, 1949
- MARKS, I.M.: Exposure treatments: Conceptual issues. In: Aqras, W.S. (ed.): Behavior modification: Principles and clinical applications. Boston: Little, Brown & Co., 1978
- MARKS, I.M., CROWE, M., DREWE, E., YOUNG, J. & DEWHURST, W.G.: Obsessive compulsive neurosis in identical twins. Brit. J. Psychiat., 115, 991-998, 1969
- MARKS, I., HODGSON, R. & RACHMAN, S.: Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure, a two year follow-up and issues in treatment. Brit. J. Psychiat. 127, 349-364, 1975
- MATHER, M.D.: The treatment of an obsessive compulsive patient by discrimination learning and reinforcement of decision-making. In: Behav. Res. Ther. 8 (3), 315-318 1970.
- KNOLL JÜRGS (1968): In: Jäger, E.: Die therapeutische Gemeinschaft in: Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Hans Strotzka (Hrsg.), Urban & Schwarzenberg, 1978
- MECKLENBURG, T.S. LORIAUX, D.C., THOMPSON, R.H. ANDERSEN; A.E. & LIPSEN, M.R.: HYPOTHALAMIC disfunction in patients with Anorexia Nervosa. Medicine 53, 147, 1974
- MELLETT, P.G.: The clinical problem. In: Beech, H.R. (ed.) Obsessional states, London: Methuen & Co, Ltd, 1974
- MELTZOFF, J. & KOPNREICH, M.: Research in psychology. New York: Atherton Press, 1970
- METZNER, R.: Some experimental analogues of obsessious. Behav. Res. Ther. 1, 231-236, 1963
- MEYER, V.: Modification of expectations in cases with obsessional rituals. Beh. Res. Ther., 4, 273-280, 1966
- MEYER, J.E.: Das Syndrom der Anorexia Nervosa. Katamnestische Untersuchungen. Arch. Psychiat. Zeitschr. Neurol 202, 31-59, 1961

- MEYER, V., LEVY, R.: Modification of behavior in obsessive-compulsive disorders. In: Adams, H.E. & Unikel, I.P. (eds): Issues and trends in behavior therapy, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1973
- MEYER, V., LEVY, R., SCHNURER, H.: The behavioural treatment of obsessive compulsive disorders. In: Beech, H.R. (ed.) Obsessional States, London, Methuen's Manuals of Modern Psychology, 1974
- MILLS, H.L., AGRAS, W.S., BARLOW, D.H. & Mills, J.R.: Compulsive rituals treated by response prevention. Archives 87 General Psychiatry, 28, 524-529, 1973
- MILLER, A.: The lobotomy patient - A decade later. A follow-up study of a research project started in 1948. Can. Med. Assoc., J. 96, 1095-1103, 1967
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L. & BAKER, L.: Psychosomatic Families. Anorexia in Context. Harvard University Press Cambridge, Mass, 1978
- MÖLLER, H.-J. & Benkert, O.: Methoden und Probleme der Beurteilung der Effektivität psychopharmakologischer und psychologischer Therapieverfahren. In: Biefang, S. (Hrsg.) Evolutionsforschung in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1980
- MOLDOFSKY, H. & GARFINKEL, P.E.: Problems of treatment of anorexia nervosa. Canad. Psychiat. Associat. J. 19, 169-175, 1974
- MOMBOUR, W.: Syndrome bei psychiatrischen Erkrankungen. Eine vergleichende Untersuchung mit zwei Schätzskalen (IMPS- und AMP-Skala). Arch. Psychiatr. Nervenkr. 219: 331-350, 1974
- MOOS, R.: Evaluating, treatment environments. A social ecological approach. New York, Wiley, 1974
- MOREL, M.: Du Délire Émotif. Arch. Gen. Med. 7, 385, 530, 700, 1866
- MORGAN, H.G. & RUSSELL, G.F.M.: Values of Family Background and Clinical Features as Predictors of Long-Term Outcome in Anorexia Nervosa: Four Year Follow-up Study of 41 Patients. Psychol. Med. 5, 355-371, 1975
- MORTON, R.: Phthisiologica or a treatise of Consumptions London, 1964
- MÜLLER, CH.: Weitere Beobachtungen zum Verlauf der Zwangskrankheiten. Psychiat. Neurol. Basel 133, 80-94, 1957
- MÜLLER, CH.: Der Übergang von Zwangsneurose in Schizophrenie im Lichte der Katamnese. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 72, 218-225, 1953

- NEUMANN, M. & GAONI, B.: Preferred food as the reinforcing agent in a case of anorexia nervosa. *J. Beh. Ther. Exp. Psychiat.* 6 (4), 331-333, 1975
- NICOLLE, G.: Psychotic anorexia. *Proc. R. Soc. Med.* 32, 153-162, 1939
- NOONAN, J.R.: An obsessive-compulsive reaction treated by induced anxiety. *Am. J. Psychother.*, 25, 293-295, 1971
- NOREIK, K.A.: A follow-up examination of neuroses. *Acta Psychiat. Scand.* 46, 81-95, 1970
- O'BRIEN, J.S. & RAYNES, A.E.: Treatment of compulsive verbal behavior with response contingent punishment and relaxation. *J. Beh. Ther. Exp. Psychiat.*, 4, 347-352, 1973
- OEKE, M.: Verhaltenstherapie bei 20 Zwangsneurotikern
Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität, München 1975
- PAILLAS, J.E., CHABERT, G.: ALLIEZ, B. & MASQUIN, L.: réflexions sur la Psychochirurgie dans le traitement des Nevroses Obsessionnelles (Apropos de 20 observations); *Sem. Hop. Paris*, 47, (15), 944-949, 1971
- PALMER, H.D. & JONES, M.S.: Anorexia nervosa as a main testation of compulsive Neurosis. *Arch. Neurol. (Am.)* 41, 856, 1930
- PATRIDGE, M. (1950): In: Pollitt, J.: Obsessional states. *Brit. J. Hosp. Med.*, 1146-1150, 1969
- PERTSCHUK, M.J.: Behavior Therapy: Extended Follow-Up.
In: VIGERSKY, R.A. (ed.) *Anorexia nervosa*, Raven Press
New York, 1977
- PETRILOWITSCH, N.: Über die charakterologischen Voraussetzungen der Phobien. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 79, 223-258, 1955
- PETRILOWITSCH, N.: Zur Anatomie des Zwangs. *Psychiat. Neurol. Basel* 148, 195-217, 1964
- PIERLOOT, R.A., WELLENS, W. & HOUBEN, M.E.: Elements of Resistance to a Combined Med. and Psychotherapeutic Program in anorexia nervosa. An Over view in: *Psychotherapy and Psychosom.*, 26 (2), 101-117, 1975
- PIPPARD, J. (1950): In: Pollitt, J.: Obsessional states. *Brit. J. Hosp. Med.* 1146-1150, 1969
- POLLITT, J.: Obsessional states. *Brit. J. Hosp. Med.* 2, 1146-1150, 1969

QUINDT, H.: Über die Zwangsneurose. Studie zur Psychodynamik des Charakters und die Symptomatik. Anmerkungen zur psychoanalytischen Behandlung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Beiheft zur "Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse" Nr. 2, 1971

QUINDT, H.: Psychoanalytische Therapie einer Zwangsneurose in einem Krankenhaus. Nervenarzt, 35, 429-436, 1964

QUINDT H.: Über die Zwangsneurose. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1971

RABAVILAS, A.D., BOULOUIGOURIS, J.C. & STEFANIS, C.: Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive compulsive patients. Beh. Res. Ther., 14, 349-355, 1976

RABAVILAS, A.D., BOULOUIGOURIS, J.C., STEFANIS, C. & VAIDAKIS, N.: Psychophysiological accompaniments of threat anticipation in obsessive-compulsive patients. In: Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (eds.) Stress and Anxiety, IV. New York: Wiley & Sons, 1976

RACHMAN, S.: The modification of obsessions: A new formulation. Behav. Res. Ther. 14, 437-443, 1976

RACHMAN; S., HODGSON, R. & MARKS, I.: The treatment of chronic obsessive-compulsive neuroses. Behav. Res. Ther. 9, 237-247, 1971

RACHMAN, S., HODGSON, R. & MARZILLIER, J.: Treatment of an obsessional-compulsive disorder by modelling. Beh. Res. Ther., 8, 385-392, 1970

RACHMAN, S., MARKS, I.M. & HODGSON, R.: The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo. Behav. Res. Ther. 11, 463-471, 1973

RACKENSPERGER, W. & FEINBERG, A.M.: Treatment of a severe handwashing compulsion by systematic desensitization: a case report. J. Beh. Ther. Exp. Psychiat., 3, 123-127, 1972

RAY (1964): In: Black, A.. A natural history of obsessional neuroses. In: Beech, H.R. (ed.) Obsessional states, London Methuen's Manuals of Modern Psychology, 1974

RENNIE (1953): In: Black, A.. A natural history of obsessional neuroses. In: Beech, H.R. (ed.) Obsessional states, London Methuen's Manuals of Modern Psychology, 1974

REYE, F.: Das klinische Bild der Simmondschen Krankheit (Hypophysäre Kachexie) in ihrem Anfangsstadium und ihre Behandlung. Wochenschrift 73, 902, 1926

RICHTER, K.: Über einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Epilepsie und Zwangsphänomen. Nervenarzt 32, 279-281, 1961

RÜPER, G., RACHMAN, S. & MARKS, I.M.: Passive and participant modelling in exposure treatment of obsessive-compulsive neurotics. *Beh. Res. Ther.*, 13, 271-279, 1975

ROSMAN, B.L., MINUCHIN, S., BAKER, L. & LIEBMAN, R.: A Family Approach to Anorexia nervosa: Study Treatment and outcome. In: *Anorexia nervosa*, edited by R.A. Vigersky. Raven, New York, 1977

ROWLAND, C.: Anorexia nervosa: A survey of the literature and review of 30 cases. *Internat. Psychiat. Clinics* 7 (1), 37-137, 1970

RUBIN, R.D. & MERBAUM, M.: Self-imposed punishment versus desensitization. In: Rubin, R.D., Fensterheim, H., Lazarus, A.A. & Franks, C.M. (eds.), *Advances in behavior therapy*, New York: Academic Press, 1971

RÜDIN, E.: Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 191, 14-53, 1953/54

RÜMKE, H.C.: Über die Klinik und Psychopathologie der Zwangserrscheinungen. In: Rümke, H.C.: *Eine glühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgew. Vort. und Aufs.*, Springer, Berlin, 1967

RUSSELL, G.F.M.: General Magement of Anorexia Nervosa and Difficulties in Assessing the Efficacy of Treatment. In: Vigersky, R.A. (ed): *Anorexia nervosa*. Raven Press, New York, 1977

SARGANT, W.: Leucotomy in psychosomatic disorders. *Lancet* 261, 87-91, 1951

SCHAEFER, K. & SCHWARZ, D.: Verhaltenstherapeutische Ansätze für die Anorexia Nervosa. *Klin. Psychol. Psychother.* 22, (3), 193-288, 1974

SCHNEIDER, K.: Die Lehre vom Zwanqsdnken in den letzten zwölf Jahren. *Z. Ges. Neurol. Psvchiat.*, 16, (2), 113-146, 1918

SCHNEIDER, K.: Zwangszustände und Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 74, 93-107, 1925

SCHNURER, A.F., RUBIN, R. & ROY, A.: Systematic desensitization of anorexia nervosa seen as a weight phobia. *J.Beh. Ther. Exp. Psychiat.* 4 (2), 149-153, 1973

SCHULTE, J. & TÖLLE, R.: *Psychiatrie*, Springer Verlag, 1973

- SCHWIDDER, W.: Klinik der Neurosen. In: Psychiatrie der Gegenwart. Kisker, K.P., Meyer, J.E., Müller, M., Strögren, E. (Hrsg.): Berlin, Heidelberg, New York; Springer, 1972
- SCHWIDDER, W.: Symptombild, Grundstruktur und Therapie der Zwangsneurose. Psyche 8, 12, 1954/55. - 8, 126-142, 1954/55
- SELVINI, M.P.: Interpretation of mental anorexia. In: J.E. Meyer & H. Feldman (Eds.) Anorexia nervosa: Symposium am 24./25. April 1965 in Göttingen, Stuttgart, Germany: Georg Thieme Verlag, 1965
- SIMKO, A.: "Pseudoneurotische Schizophrenien" im Lichte einer strukturellen Psychopathologie. Nervenarzt 6, 39. Jahrg., 1968
- SIMKO, A.: Weitere Beobachtungen zur Psychopathologie neurotisch geprägter Schizophrenien gegen den schizophrenen Persönlichkeitszerfall. Der Nervenarzt 6, 39. Jahrg. 1968
- SIMMONDS, M.: Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang. Dtsch. med. Wochenschrift 40, 322-323, 1914
- SLADE, P.D. & RUSSELL, G.F. M.: Awareness of Body Dimensions in Anorexia Nervosa: Cross-Sectional and Longitudinal Studies. Psychol. Med. 3, (2) 188-19, 1973
- SMITH, J.S., KILOH, L.G., COCHRANE, N. & KIJAJIC, I.: A prospective evaluation of open prefrontal leucotomy. Neuropsychiat. Inst., Sydney. Med. J. Aust. 1/20, 731-735, 1976
- SMITH, M.L. & GLASS, G.V.: Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist 32, 752-760, 1977
- SOLYOM, L., GARZA-PEREZ, J., LEDWIDGE, B.L. & SOLYOM, C.: Paradoxical intention in the treatment of obsessive thoughts: A pilot study. Compr. Psychiat., 13, 291-297, 1972
- SOLYOM, L. & KINGSTONE, E.: An obsessive neurosis following morning glory seed ingestion treated by aversion relief. J. Beh. Ther. Exp. Psychiat., 4, 293-295, 1973
- STAFFARD-CLARK, D.: Anorexia nervosa, Brit. Med.J., 446, 1958
- STAMPFL, T.G.: Implosive therapy: The theory, the subhuman analogue, the strategy, and the technique, Part I. The theory. In: Armitage, S.G. (ed.) Behavior modification techniques in the treatment of emotional disorders. Battle Creek: V.A. Publication, 1967

- STAMPFL, T.G. & LEVIS, D.J.: Essentials of imolusive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. J. Abnorm. Psychol., 72, 496-503, 1967
- STENGEL, E. (1960): In: Cremerius. Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Springer Monogr. 99, 1-102, 1962
- STENGEL, E.: The significance of obsessional symptoms in schizophrenia. II. international congress for psychiatry, Zürich, Congress report, vol. I, 1957
- STENGEL, E.: Some clinical observations on the psychodynamics relationship between depression and obsessive-compulsive symptoms. J. Mental Science, 94, 650-652, 1948
- STERN, R.S.: Treatment of a case of obsessional neurosis using thought-stopping technique. Brit. J. Psychiat., 117, 441-442, 1970
- STERN, R.S., LIPSEGE, M.S. & MARKS, I.M.: obsessive rumination a controlled trial of thought-stopping technique. Beh. Res. Ther., 11, 659 -662, 1975
- STÖCKER, W.: Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Z. Ges. Neurol. Psychiat. 23, 121, 1914
- STRAUSS, E.: On Obsession. Nerv. Ment. Dis. Monogr., New York, 71, 1948
- STRÖM-OLSEN & CARLISLE S.: Bi-frontal Stereotactic Tractomy. A follow-up study of its effects on 210 patients Brit. J. Psychiat. 118, 141-154, 1971
- STRUPP, H.H. & BERGIN, A.E.: Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy: A critical review of issues, trends and evidence. International J. Psychiat., 7, 18-90, 1969
- SÜLLWOLD, L.: Die Bedeutung kognitiver Störungen für Klassifikation und Verhaltenstherapie von Zwangssyndromen. Nervenarzt, 44, 537-546, 1973
- TASCHEV, T.: Zur Klinik der Zwangszustände. Fortsch. Neurol. Psychiat. 38 (2), 89-110, 1970
- TAYLOR, I.G.: A behavioural interpretation of obsessive-compulsive neurosis. Behav. Res. Ther. 1, 237-244, 1963
- TEC, L.: Letter: Anorexia nervosa: Follow-up on a special method of treatment. Am. Psychiat. 127, 138, 1974

- THEANDER, S.: Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. Acta psychiat. Scand. Suppl. 214 1-194, 1970
- THOMÄ, H.: Anorexia nervosa, Fallstudien und Behandlungen von 30 anorektischen Patienten über eine 10 Jahres Periode, New York, 1967
- THOMÄE, H.: Anorexia nervosa. International Universities Press, New York, 1967
- THOMS, D.A. & CRISP, A.H.: Weight phobia in an adolescent man with stunted development. Res. 16 (4), 299-295, 1972
- THORN, G.W. et al.: The clinical usefulness of ACTH and cortisone. New Engl. J. Med. 242, 783-800, 1950
- THORPE, J.G., SCHMIDT, E., BROWN, P.F. & CASTELL, D.: Aversion-relief therapy: a new method for general application. Beh. Res. Ther., 2, 71-82, 1966
- WALL, J.H.: Diagnosis, treatment and results in anorexia nervosa. J. Psychiat. 115, 997-1001, 1959
- WALTON, D. & MATHER, M.D.: The application of learning principles to the treatment of obsessive-compulsive states in the acute and chronic phases of illness, Beh. Res. Ther., 1, 163-174, 1963
- WARREN, M.P. & VANDE WIELE, R.L.: Clinical and metabolic features of Anorexia Nervosa. Am.J. Obstet. Gynecol. 117, 435, 1973
- WATTS, J.W. & FREEMAN, W. (1944): In: Pollitt, J.: Obsessional states. Brit. J. Hosp. Med., 1146-1150, 1969
- WEISSMAN, M.: The Assessment of social Adjustment. A Review of Techniques. Arch.Gen. Psychiatry, 32, March 1975
- WELNER, A., REICH, Th., ROBINS, E., FISHMAN, R. & DOREN, Th.v.: Obsessive-compulsive neurosis: Record, follow-up and family studies. I.I. Inpatient Record Study. Compreh. Psychiat. 17 (4), 527-539, 1976
- WERMAN, D.S. & Katz, J.: Anorexia nervosa in a pair of identical twins. Am. Acad. J. Child Psychiat. 14, 633-645, 1975
- WESTPHAL, C.: Zwangsvorstellungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 8, 734-750, 1877

- WILCOXON, H.C. (1952): "Abnormal fixation" and learning. In: Yates, A.J. (ed.): Frustration and conflict. New York: D. van Nostrand Company Inc., 1965
- WILLI, J. & HAGEMANN, R.: Langzeitverläufe von Anorexia nervosa. Schweiz. Med. Wochenschr. 106, (43) 1459-1465, 1976
- WILLIAMS, E.: Anorexia Nervosa: A somatic Disorder. Brit. Med. J., 26, 190-195, 1958
- WISOCKI, P.A.: Treatment of obsessive-compulsive behavior by covert sensitization and covert reinforcement: A case report. J. Beh. Ther. Exp. Psychiat., 1, 233-239, 1970
- WOLPE, I.: Psychotherapy by reciprocal inhibition Stanford: Stanford University Press, 1958
- WOLPE, I.: Behaviour therapy in complex neurotic states. Brit. J. Psychiat. 110, 28-34, 1964
- WORSLEY, J.L.: The causation and treatment of obsessionality. In: Burns, L.E. & Worsley, J.L. (eds.) Behaviour therapy in the 1970's. Bristol: John Wright & Sons, 1970
- VURPAS, C. & CORMAN, (1933): In: Eggers, C.: Zwangszustände und Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 36 (10), 576-589, 1968
- YARYURA-TOBIAS, J.A. & NEZIROGLU, F.: The action of chlorimipramine in obsessive-compulsive neurosis: A pilot study. Cur. Ther. Res., 17, 111-116, 1975
- ZERSSEN, D.v.: Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System (PSYCHIS). Weinheim Beltz, 1976
- ZUTT, J.: Das psychiatrische Krankheitsbild der Magersucht in der Pubertät. Arch. Psychiat. Nervenkr. 180, 776-849, 1948
- ZUTT, J.: Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertäts-magersucht. Arch. Psychiat. 180, 776-849, 1948

Anhang	Seite
1	1
2	6
3	13
4	17
5	21
6	26
7	29
8	46
9	53
10	67
11	77
12	81
13	87
14	93
15	97

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

 1 - 9

Kartennummer

A	1	1
---	---	---

 10 -12

uswertungsschema zur Erfassung allgemeiner biographischer Daten, die sich verändern können, und die als diagnoseunabhängig zu betrachten sind.

Die Daten sind anhand der Krankengeschichte zum Zeitpunkt der Aufnahme" zu erheben.

I-Nr.

1. Konfession des Patienten

- 1 röm.kath.
- 2 protestantisch
- 3 konfessionslos
- 4 sonstige

☐
13

2. Zivilstand des Patienten

- 0 ledig
- 1 verheiratet
- 2 geschieden
- 3 getrennt
- 4 verwitwet

☐
14

3. Berufsverhältnis des Patienten

- 0 Arbeiter
- 1 Angestellter oder Beamter
- 2 Selbständiger, Freiberufler
- 3 Soldat
- 4 noch in Ausbildung
- 5 Rentner, Pensionist
- 6 mindestens 3 Monate arbeitslos
- 7 Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung
- 8 Hausfrau mit Nebenbeschäftigung

☐
15

4. Soziale Schicht des Patienten

Zuordnung zu einer hinsichtlich des Prestiges vergleichbaren Gruppe von Berufen (vereinfacht als soziale Schicht gekennzeichnet) (0-4);
gesonderte Zuordnung für noch in Ausbildung Stehende und Künstler (5-7).
Bei Berufssoldaten Einstufung nach Dienstgrad (s. Beispiele).
Bei Wehrpflichtigen vorherige Tätigkeit dokumentieren.

0 untere Unterschicht

Hilfsarbeiter (z.B. Bauhilfsarbeiter),
Arbeiter (z.B. Kraftfahrer, Schaffner),
kaufmännische Gehilfen, Hausangestellte
u.a.

Soldaten: Mannschaftsgrade

1. obere Unterschicht

Facharbeiter (z.B. Automechaniker,
Schlosser, Maurer)
Verkäufer (sofern nicht aufgrund ihrer
Vorbildung höher einzustufen),
kleine Selbständige, Einzelhändler,
Taxifahrer
Meister (mit 1 bis 2 Lehrlingen)
Kleinbauer, Kleinpächter u.a.
Soldaten: Unteroffiziere und Feldwebel

- 2 untere Mittelschicht
einfache und qualifizierte Angestellte
(z.B. kaufmännische Angestellte,
Büroangestellte, techn. Angestellte),
untere, mittlere und gehobene Beamte
(bis zum Amtmann einschließlich),
Berufe mit Fachschulausbildung wie
Schwesternschule, Hotelfachschule,
Chemotechnikerschule, Dolmetscherschule
u.a.
Fabrikanten, Betriebsinhaber mit
Betrieben bis zu 30 Beschäftigten,
Meister mit mehreren Abhängigen
(Werk-, Friseurmeister u.a.)
Landwirt (20 ha) ohne Nebenerwerb
Offiziere: Leutnant bis Hauptmann
einschließlich.
- 3 obere Mittelschicht
Berufe mit akademischer und Fachschul-
ausbildung wie Polytechnikum u.ä.:
z.B. Ingenieur (Fachschul- u. Dipl.-Ing.),
Architekt, Journalist, Arzt, Zahnarzt,
Volksschullehrer, Studienrat, u.ä.
Offiziere: Major bis Oberst einschließlich.
- 4 Oberschicht
leitende und besonders angesehene
akademische Berufe wie Oberschuldirektor,
Chefarzt, Universitätsdozent, -professor
Offiziere: ab Brigadegeneral
- 5 Studenten
nur Hochschulstudenten
- 6 sonstige noch in Ausbildung Stehende
über 17 Jahre,
z.B. Lehrling über 17 Jahre, Oberschüler,
Schwesterschülerinnen, Fachschüler,
(Polytechnikum, Dolmetscherschule,
Fachschule für Sozialberufe u.ä.)
- 7 Künstler
nicht Artisten, Journalisten, Kritiker u.ä.
- 8 ohne Beruf
- 9 unbekannt

5. Vergleich Ausbildungsniveau des Vaters
bzw. Erziehungsberechtigten und
Ausbildungsniveau des Patienten
- 0 unter Ausbildungsniveau des Vaters
- 1 im Ausbildungsniveau des Vaters
- 2 über Ausbildungsniveau des Vaters
- 3 entfällt
- 9 nicht zu beurteilen.

☐
16☐
17

I-Nr.

6. Geschwister und Halbgeschwister

- 0 keine
- 1 nur ältere Geschwister
- 2 nur jüngere Geschwister
- 3 ältere und jüngere Geschwister
- 4 nur Mehrlingsgeschwister
- 5 ältere Geschwister und
Zwillingsgeschwister
- 6 jüngere Geschwister und
Zwillingsgeschwister
- 7 ältere, jüngere und
Zwillingsgeschwister

☐
18

7. Wohngemeinschaft

- 0 Heiminsasse aus juristischen oder
fürsorglichen Gründen
- 1 Heiminsasse aus Ausbildungs- oder
Berufsgründen
- 2 Heiminsasse aus Gründen des
Lebensalters oder der Gesundheit
- 3 alleinstehend in eigener Wohnung
- 4 alleinstehend in fremder Wohnung
- 5 Haushalt von 2 Personen
- 6 Haushalt von 3-4 Personen
- 7 Haushalt von mehr als 4 Personen
- 8 häufig wechselnd oder ohne festen
Wohnsitz
- 9 unbekannt

☐
19
8. Von der finanziellen Unterstützung
des Patienten sind noch weitere
Personen abhängig

- 0 nein u./o. (Hausfrau o. Nebenbeschäftigung)
- 1 1 weitere Person wird vom Patienten
finanziell unterstützt
- 2 2 weitere Personen werden vom Patienten
finanziell unterstützt
- 3 3-4 weitere Personen werden vom
Patienten finanziell unterstützt
- 4 5 oder mehrere Personen werden vom
Patienten finanziell unterstützt
- 5 der Patient wird selbst noch
unterstützt
- 6 Patient verdient mit

☐
20

9. Wieviele Kinder hat der Patient?

- 0 keine
- 1 eines
- 2 zwei
- 3 drei - vier
- 4 fünf oder mehr

☐
21

I-Nr.

10. Mit wem lebt der Patient zusammen?
 0 alleine
 1 mit Ehefrau (od. Ehemann od. Kindern)
 2 mit einem oder beiden Elternteilen
 3 mit Geschwistern
 4 mit Verwandten ☐
 5 mit anderen Leuten (Wohngemeinschaft etc.) 22
 6 mit einem Partner in nicht ehelicher
 Gemeinschaft
11. Hat der Patient eine feste Partnerbeziehung
 0 ohne sexuellen Verkehr ☐
 1 mit sexuellem Verkehr 23
 8 Patient hat zur Zeit keine
 Partnerbeziehung
 9 nicht zu beurteilen
12. Nur für Frauen ☐☐
 Menarche im Alter von 24
 trifft nicht zu (00)
13. Hat die Patientin oder der Partner
 des Patienten innerhalb der Partner-
 schaft eine Mißgeburt oder Totgeburt ☐
 gehabt? 26
 0 nein
 1 ja

I Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - 9

Kartennummer

A	2	1
---	---	---

10 - 12

Auswertungsschema

- a. Relevante familienanamnestische Daten
- b. Allgemeine biographische Daten des Patienten, die sich nicht mehr verändern
- c. In der Vorgeschichte des Patienten explizit erwähnte deutlich beschriebene Störungen in verschiedenen Verhaltensbereichen (psychologische Variablen).

Die Daten sind anhand der Krankengeschichte des Patienten zu erheben.

I-Nr.

1. IQ des Patienten

nicht erhoben

(000)

erhoben

13

2. Familiäre Belastung mit Psychosen/Suizid

(gesichert oder starker Verdacht;

nur Blutsverwandte 1. und 2. Grades)

trifft nicht zu

(0)

trifft zu (die entsprechende Zahl wird

in das freistehende Kästchen eingetragen)

Vater Mutter Geschw/Verw.

0 negiert

1 affektive Psychosen

2 Schizophrenien

3 andere endogene Psychosen

4 organische Psychosen/Demenzen

16

5 nicht näher bezeichnete Psychosen/
Psychosenverdacht

6 Suizide und Suizidversuche

7 Kombination von 1 (mit 2 bis 6)

8 andere Kombinationen (außer mit 1)

9 unbekannt

3. Lebte der Patient mit dem belasteten

Familienmitglied zusammen?

0 nein

19

1 ja

9 trifft nicht zu

4. Lagen andere pathogene Faktoren

bei Familienmitgliedern vor?

neurotische Störungen

0 nein

20

1 ja

(Angabe, um welche Störung es sich
handelt)

5. Alkoholabusus bei:

0 nein

1 ja

23

6. Abusus von Schlaf- und/oder

Beruhigungsmitteln bei:

0 nein

1 ja

26

7. Abusus von Rauschdrogen und/oder

sonstigen Drogen bei:

0 nein

1 ja

29

8. Kriminalität (bestraft, bzw. massive

kriminelle Handlungen, jedoch noch

nicht bestraft) bei:

0 nein

1 ja

32

I-Nr.

Vater Mutter Geschw./W

9. Lebte der Patient mit dem Familienmitglied zusammen, bei dem die unter 4-8 genannten pathogenen Faktoren vorlagen?
0 trifft nicht zu
1 ja
10. Lag eine schwere, langandauernde Erkrankung oder Behinderung eines Familienmitgliedes vor, die den Patienten merklich belastet hat?
(Keine psychopathologischen Erkrankungen, sondern z.B. herzkrank, durch Unfall gelähmt, erblindet...)
0 nein
1 ja
11. Lebte der Patient mit dem Familienmitglied zusammen, bei dem unter 10 genannte Erkrankung vorlag?
0 nein
1 ja
12. Beruf des Vaters oder Erziehungsberechtigten des Patienten
0 Arbeiter
1 Angestellter oder Beamter
2 Selbständiger, Freiberufler
3 Soldat
4 noch in Ausbildung
5 Rentner, Pensionist
6 mindestens 3 Monate arbeitslos
7 Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung
8 Hausfrau mit Nebenbeschäftigung
9 unbekannt
13. Soziale Schicht des Vaters oder Erziehungsberechtigten des Patienten:
- Derzeitiger Berufsstand
Zuordnung zu einer hinsichtlich des Prestiges vergleichbaren Gruppe von Berufen (vereinfacht als soziale Schicht gekennzeichnet) (0 - 4);
gesonderte Zuordnung für noch in Ausbildung Befindliche und Künstler (5 - 7)
Bei Berufssoldaten Einstufung nach Dienstgrad (s. Beispiele).
Bei Wehrpflichtigen vorherige Tätigkeit dokumentieren.
- 0 Untere Unterschicht
Hilfsarbeiter (z.B. Bauhilfsarbeiter),
Arbeiter (z.B. Kraftfahrer, Schaffner),
kaufm. Gehilfen, Hausangestellte u.a.
Soldaten: Mannschaftsgrade
- 1 Obere Unterschicht
Facharbeiter (z.B. Automechaniker,

☐ ☐ ☐
35

☐ ☐ ☐
38

☐ ☐ ☐
41

☐
44

I-Nr.

ihrer Vorbildung höher einzustufen)
 kleine Selbständige, Einzelhändler,
 Taxifahrer
 Meister (mit 1-2 Lehrlingen)
 Kleinbauer, Kleinpächter u.a.
 Soldaten: Unteroffiziere u. Feldwebel

- 2 untere Mittelschicht
 einfache und qualifizierte Angestellte
 (z.B. kaufm. Angestellte, Büroangestellte, techn. Angestellte),
 untere, mittlere und gehobene Beamte
 (bis zum Amtmann einschließlich),
 Berufe mit Fachschulausbildung
 wie Schwesternschule, Hotelfachschule,
 Chemotechnikerschule, Dolmetscherschule
 u.a.
 Fabrikanten, Betriebsinhaber mit
 Betrieben bis zu 30 Beschäftigten,
 Meister mit mehreren Abhängigen
 (Werk-, Friseurmeister u.a.)
 Landwirt (20 ha) ohne Nebenerwerb
 Offiziere: Leutnant bis Hauptmann
 einschließlich.
- 3 obere Mittelschicht
 Berufe mit akademischer und Fachul-
 ausbildung wie Polytechnikum u.ä.:
 z.B. Ingenieur (Fachschul- u. Dipl.-Ing.),
 Architekt, Journalist, Arzt, Zahnarzt,
 Volksschullehrer, Studienrat, u.ä.
 Offiziere: Major bis Oberst einschließlich.
- 4 Oberschicht
 Leitende und besonders angesehene
 akademische Berufe wie Oberschuldirektor,
 Chefarzt, Universitätsdozent, -professor
 Offiziere: ab Brigadegeneral
- 5 Studenten
 nur Hochschulstudenten
- 6 sonstige noch in Ausbildung Stehende
 über 17 Jahre
 z.B. Lehrling über 17 Jahre, Oberschüler,
 Schwesternschülerinnen, Fachschüler
 (Polytechnikum Dolmetscherschule,
 Fachschule für Sozialberufe u.ä.)
- 7 Künstler
 nicht Artisten, Journalisten, Kritiker u.ä.
- 8 ohne Beruf
- 9 unbekannt



I-Nr.

14. Alter des Vaters bei Geburt
des Patienten

--	--

 46

15. Alter des Patienten bei eventuellem
Tod des Vaters
trifft nicht zu (00)

--	--

 48

16. Alter der Mutter bei Geburt
des Patienten

--	--

 50

17. Alter des Patienten bei eventuellem
Tod der Mutter
trifft nicht zu (00)

--	--

 52

18. Ist der Patient
1 ehelich
2 unehelich
3 vorehelich

--

 54

19. Bei wem lebte der Patient vorwiegend?
Ab welchem Lebensalter? Wie lange?
z.B. Patient lebte bei seinen Eltern
von Geburt an bis zu seinem 9. Lj.

2	0	0	9
---	---	---	---

von dann ab als Vollwaise in einem Heim
für 6 Jahre

2	5	10	6
---	---	----	---

trifft nicht zu (00)

KNR.	A	2	2
------	---	---	---

20. bei beiden Eltern
21. bei einem Elternteil
22. bei Pflegeeltern
23. bei Adoptiveltern
24. bei anderen Verwandten
25. als Vollwaise in einem Heim
26. als Halbweise in einem Heim
27. in einem Heim oder Internat,
Eltern leben noch

Ort

13	
17	
21	
25	
29	
33	
37	
41	

Dauer

Die folgenden items sollen nur dann beantwortet werden, wenn die betreffenden möglichen Störungen in der "inneren Lebensgeschichte" des Patienten und in der "Fremdanamnese" als besonders gravierende langandauerndes, häufig auftauchendes Problem beschrieben wird.

28. Störung im Leistungsbereich: Schule/Universität
z.B. Lernschwierigkeiten, Sitzenbleiben
und Leistungsstörung am Arbeitsplatz oder
im Haushalt
0 nein
1 ja
9 unbekannt
Beispiel:

--

 45

I-Nr.

29. Häufiger Stellenwechsel u./o. beruflicher Abstieg

0 nein

1 ja

9 unbekannt

Beispiel:

☐

46

30. Störung in der Partnerschaft aus der Sicht des Therapeuten, spannungsreiche Bez. oder absolute Beziehungslosigkeit.
(stark konfliktreiche Auseinandersetzungen, immer wieder Scheitern und Auseinandergelien von Beziehungen, Patient klagt über Schwierigkeiten...)

0 nein

1 ja

9 unbekannt

Beispiel:

☐

47

31. Störung in allg. sozialen Kontakten
z.B. stark konfliktreiche Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen, Kollegen, Freunden, soziale Isolation, keine Freunde, kontaktarm, -scheu, Einzelgänger...)

32. Übermäßige Bindung an die Familie
(räumlich u./o. psychisch)

0 nein

1 ja

9 unbekannt

Beispiel:

☐

49

33. Abrupte (frühe) Trennung von der Familie aufgrund von Auseinandersetzung od. eigener Entscheidung, Zukunft selbst zu gestalten.
Nicht: Trennung durch Tod eines od. beider Elternteile

0 nein

1 ja

9 unbekannte

☐

50

I-Nr.:

34. Rolle der Eltern

1 Vater sehr stark dominierend, der Vater trifft alle wichtigen Entscheidungen in der Familie. Mutter hat völlig unbedeutende oder untergeordnete Rolle (z.B. oft abwesend, früh verstorben)



51

2 Vater leicht dominierend

3 Mutter leicht dominierend

4 Mutter sehr stark dominierend, Mutter trifft alle wichtigen Entscheidungen, Vater hat völlig unbedeutende oder untergeordnete Rolle (z.B. oft verreist, lebt fern von zu Hause, früh verstorben).

9 trifft nicht zu, Elternteil z.B. gestorben oder nicht zu beurteilen.

Beispiel:

35. Erziehungsstil

häufig starke körperliche Bestrafung

0 nein

1 ja

9 unbekannt

Beispiel:



52

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

1 - 9

Kartenummer

A	3	1
---	---	---

10 - 12

Auswertungsschema zur Erfassung:

Krankheitsbezogener Daten. Symptome in der Vorgeschichte des Patienten, die als deutlich erkennbar, als massive Symptome in der Krankengeschichte beschrieben werden. Die Symptome sollen bereits länger als 4 Wochen vor Aufnahme zur stationären Therapie im MPI?bestehen.

Der Auswertungsbogen ist anhand der Krankengeschichte des Patienten auszufüllen.

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Symptome in der Vorgeschichte des Patienten.
Die Symptome müssen in der Krankengeschichte deutlich beschrieben sein.

Bei der Codierung wird die entsprechende Zahl in das zugehörige Kästchen eingetragen.

Codierungsbeispiel:

Die neurotische Depression trat in der Vorgeschichte des Patienten zum ersten Mal im September 1967 auf und dauerte 6 Wochen an.

Danach manifestierte sie sich im Laufe der Vorgeschichte insgesamt noch 6 x von jeweils unterschiedlicher Zeitdauer.

Art der Symptome

- 1 Phobien
- 2 Diffuse Angst
- 3 Soziale Ängste
- 4 Zwangssymptome
- 5 Depressive Verstimmung (nicht psychotisch)
- 6 hysterische Symptome
- 7 psychosomatische Störungen im engeren Sinne mit Organläsion
- 8 psychosomatische Störungen im Sinne funktioneller körperlicher Störungen
- 9 hypochondrische Symptome
- 10 Kriminalität
- 11 endogen anmutende depressive Verstimmung
- 12 maniforme Symptomatik
- 13 Halluzinationen
- 14 Wahnideen
- 15 Bewußtseinsstrübung/Desorientiertheit
- 16 Delirante Symptomatik
- 17 Derealisation/Depersonalisation
- 18 Gedächtnisstörung
- 19 Alkoholabusus
- 20 Abusus von Rauschdrogen
- 21 Abusus von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln
- 22 Suizidgedanken
- 23 Suizid-Versuch
- 24 Sexuelle Störungen
- 25 Epileptische Anfälle
- 26 Sonstige

5

I-Nr.

Erstmanifestation der Störung
Zeitpunkt der Störung (Monat/Jahr)

0008 Zeitpunkt der Störung nicht beurteilbar,
Symptom sicher vorhanden
0009 keine Angaben

0	9	6	7
---	---	---	---

Zeitdauer der Erstmanifestation

- 1 einmaliges, punktuellcs Auftreten
- 2 weniger als 1 Monat
- 3 1-3 Monate
- 4 3-6 Monate
- 5 6-12 Monate
- 6 mehr als 1 Jahr
- 8 Zeitdauer nicht beurteilbar, die Störung
hat den Patienten aber sicher über einen
längeren Zeitraum belastet
- 9 keine Angaben

3

Wiederholte Manifestationen
Manifestationshäufigkeiten

- 0 trifft nicht zu
- 1 1-2x
- 2 2-5x
- 3 5-10x
- 4 10x und mehr
- 8 Die Häufigkeit der wiederholten Manifestationen
ist nicht beurteilbar, es ist aber sicher, daß
die Störung wiederholt auftrat.
- 9 keine Angaben

3

Durchschnittliche Zeitdauer

- 0 trifft nicht zu
- 1 jeweils einmaliges, punktuellcs Auftreten
- 2 jeweils weniger als 1 Monat
- 3 jeweils 1 - 3 Monate
- 4 jeweils 3 - 6 Monate
- 5 jeweils 6 -12 Monate
- 6 jeweils mehr als 1 Jahr
- 7 jeweils von unterschiedlicher Zeitdauer
- 8 die durchschnittliche Zeitdauer ist nicht beurteilbar
- 9 keine Angaben

7

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Art des
Symptoms

Erstmanifestation

Dauer der
Erstmanif.Manifestations-
häufigkeitdurch-
schnittl.
Dauer

Monat Jahr

1. ☐	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						☐	☐	☐
13	15	19	20	21					

2. ☐	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						☐	☐	☐
22	24	28	29	30					

3. ☐	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						☐	☐	☐
31	33	37	38	39					

4. ☐	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						☐	☐	☐
40	42	46	47	48					

5. ☐	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						☐	☐	☐
49	51	55	56	57					

6. ☐	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						☐	☐	☐
58	60	64	65	66					

KNr. A 3 2

7. ☐	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						☐	☐	☐
13	15	19	20	21					

8. ☐	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						☐	☐	☐
22	24	28	29	30					

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

1 - 9

Kartennummer

A	4	1
---	---	---

10 - 12

Auswertungsschema zur Erfassung stationärer und ambulanter
Therapien vor Aufnahme zur ersten stationären Behandlung
im MPI-P.

Der Auswertungsbogen ist anhand der Krankengeschichte des
Patienten auszufüllen.

I-Nr.

Codierung der Daten

Die entsprechende Zahl ist in das zugehörige Kästchen einzutragen

Codierungsbeispiel

Der Patient war vom 10.1.73 - 15.6.74 im Sigmund-Freud-Institut
 2 x wöchentlich wegen seiner Zwangsneurose in ambulanter Therapie
 Der Patient hatte ca. 190 Therapiesitzungen.

1. Datum des Therapiebeginns 1 0 0 1 7 3
2. Datum des Therapieendes 1 5 0 6 7 4
3. Behandlungsdauer stationär (Angabe in Tagen)
 (000) trifft nicht zu 0 0 0
4. Behandlungsfrequenz ambulant
 - 1 einmaliges ambulantes Gespräch zur diagnostischen Abklärung o.ä.
 - 2 weniger als 1 x pro Woche
 - 3 1 x pro Woche
 - 4 2 x pro Woche 4
 - 5 3 x pro Woche
 - 8 ambulante Behandlungsfrequenz ist nicht beurteilbar
 - 0 trifft nicht zu
5. Geschätzte Stundenzahl der gesamten ambulant Behandlung
 - 1 einmaliges ambulantes Gespräch zur diagnostischen Abklärung o.ä.
 - 2 weniger als 30 Stunden 5
 - 3 30 - 50 Stunden
 - 4 50 - 100 Stunden
 - 5 100-200 Stunden
 - 6 200 und mehr Stunden
 - 8 Stundenzahl ist nicht beurteilbar
 - 0 trifft nicht zu
6. Behandlungsort
 - 1 Psychiatrische Klinik
 - 2 Innere Medizin
 - 3 Gynäkologie
 - 4 Neurochirurgie 11
 - 5 Neurologie
 - 6 MPI
 - 7 Arzt für allgemeine Medizin
 - 8 Psychologe
 - 9 Nervenarzt
 - 10 Heilpraktiker
 - 11 Psychotherapeut
 - 12 Kurklinik
 - 13 Beschäftigungs- Arbeitstherapeut
 - 14 Diplom-Pädagoge
 - 15 Heilpädagog

- 16 Krankengymnast
- 17 Sozialarbeiter
- 18 Krankenschwester/-pfleger
- 19 Sozialpädagoge
- 20 Theologe/Pfarrer
- 21 Klinik für Drogen-/Alkoholabhängige
- 22 Beratungsstelle für Erziehung (Kinder, Jugendliche, Eltern)
- 23 Beratungsstelle Ehe/Partner/Leben
- 24 Beratungsstelle Sexual
- 25 Beratungsstelle Drogen/Alkohol
- 26 Beratungsstelle Studenten
- 27 Beschützende Wohngruppe
- 28 Telephoneseelsorge
- 29 Selbsthilfeorganisation

7. Behandlungsanlaß

1

- 1 Behandlung für die gleiche Störung, die auch im MPI stationär behandelt wurde
- 2 Behandlung für eine andere Störung als die, die im MPI behandelt wurde (Angabe der Störung)
- 3 Kombination 1 + 2
- 9 unbekannt

8. Art der Therapie

- 1 Psychoanalyse (einzeln)
- 2 Gruppenanalyse
- 3 Psychoanalytische Kurztherapie
- 4 Verhaltenstherapie
- 5 Medikamentös
- 6 EKT
- 7 Leukotomie
- 8 Stereotaktischer Eingriff
- 9 Kuraufenthalte
- 10 Kombination 1 oder 2 oder 3 und 5
- 11 Kombination 4 und 5
- 12 Transaktionsanalyse
- 13 Autogenes Training
- 14 Gestalttherapie
- 15 Heil- und Sonderpädagogische Verfahren
- 16 Individualpsychologische Psychotherapie
- 17 Primärtherapie
- 18 Klientenzentrierte Psychotherapie
- 19 Psychodrama
- 20 Rhythmus-/Atmungs-/Bewegungstherapie
- 21 Hypnose
- 22 Akupunktur
- 23 einfaches Gespräch, einfache Aussprache, psychiatrisch unterstützendes Gespräch
- 24 sonstige
- 25 nicht zu beurteilen

01

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Behandlungs-
beginnBehandlungs-
ende

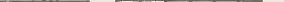
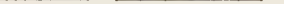
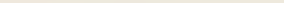
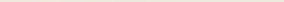
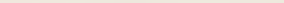
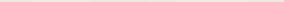
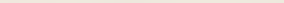
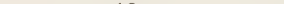
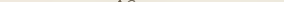
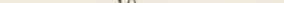
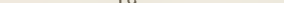
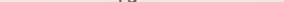
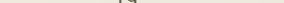
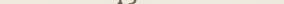
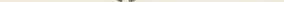
Beh.
dauer
stat.

Beh.
dauer
amb.

Std.
zahl
amb.

Beh.
ortIndi-
kationBeh.
art

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

1.                             

2.        

35 41 47 50 51 52 54 55

KNr.	A	4	2
------	---	---	---

3.        

13 19 25 28 29 30 32 33

4.        

KNr.	A	4	3
------	---	---	---

5.        

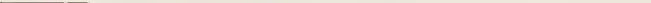
13 19 25 28 29 30 32 33

6.        

KNr.	A	4	4
------	---	---	---

7.        

13 19 25 28 29 30 32 33

8. 
35 41 47 50 51 52 54 55

I-Nr.
Kartennummer

							A	5	1

1 - 9
10 - 12

Auswertungsschema für "Therapie während des stationären Aufenthaltes im MPI-P."

Allgemeiner diagnoseunabhängiger Teil.

Die folgenden Daten sind anhand der Krankengeschichte des Patienten auszuwerten.

I-Nr.

Bitte tragen Sie die entsprechende Zahl in das freistehende Kästchen ein.

1. Der Patient wurde überwiesen von:
 - 0 ohne ärztliche oder sonstige Einweisung
 - 1 eigene Klinik bzw. Polikliniken
(trifft nicht zu, wenn Poliklinik konsiliarisch tätig war)
 - 2 andere einschl. Fachkliniken
 - 3 Städt. Krankenhäuser München
 - 4 andere nicht einschl. Kliniken
 - 5 praktische Ärzte oder Fachärzte
andere Fachgebiete
 - 6 Fachärzte einsch. Fachgebiete
 - 7 Behörden (z.B. Jugendamt)
 - 8 Gutachten
 - 9 unbekannt

13

2. Zwangsunterbringung
 - 0 freiwillig
 - 1 Verwahrungsgesetz Art 1
 - 2 Verwahrungsgesetz Art. 5
 - 3 Entmündigung
 - 4 Pflegschaft
 - 5 § 42 b StGB
 - 6 § 126 a StPO
 - 7 § 81 StPO
 - 8 sonstige
 - 9 unbekannt

14

3. Alter bei Krankheitsbeginn

15

4. Alter zum Zeitpunkt der
Ersthospitalisierung

17

5. Zeitraum zwischen Krankheitsbeginn
und Ersthospitalisierung (Mo)

19

6. Alter zum Zeitpunkt der ersten
stationären Aufnahme im MPI-P

22

7. Datum der ersten stationären Aufnahme im MPI-P

24

8. Datum der Entlassung des 1. stationären
Aufenthaltes

30

9. Behandlungsdauer (Tage)

36

10. Gesamtdauer der Erkrankung vor Aufnahme
zur ersten stationären Therapie im MPI-P
(Angabe in Jahren). (Falls der Patient
mehrmals im MPI-P behandelt wurde, sollte
von der ersten Aufnahme ausgegangen werden).

39

I-Nr.

11. Aufnahmediagnose 41

(Erstdiagnose) ICD 45
(Zweitdiagnose) ICD 49
12. Entlassungsdiagnose 53

(Erstdiagnose) ICD 57
(Zweitdiagnose) ICD 61
(Drittdiagnose) ICD
13. Die Therapie wurde beendet:
1 vorzeitig durch den Patienten ☐ 65
gegen den Willen der Klinik
2 vorzeitig durch die Klinik
3 vorzeitig auf Wunsch von
Familienmitgliedern
4 Therapie wurde regulär abgeschlossen
14. Gezielt zur Nachbehandlung
0 ohne Weiterbehandlung bzw. nicht
zutreffend
1 Hausarzt oder nicht ☐
einschl. Facharzt (incl. Poliklinik) 66
2 einschl. Facharzt (incl. Poliklinik)
3 eigene Poliklinik
4 eigene Klinik
5 andere Fachklinik
6 Nervenkrankenhaus
7 Klinik anderer Fachgebiete: Kh. Schwabing
8 Klinik anderer Fachgebiete: anderes
Krankenhaus
15. Gezielt zur Nachbetreuung überwiesen an:
0 niemand
1 wahrscheinlich überwiesen, näheres nicht
bekannt
2 AA ☐
3 sonstige Selbsthilfegruppen 67
4 Suchtberatungsstelle
5 Sozialarbeiter, Bewährungshelfer
6 Gesundheitsmat
7 nicht-ärztliche Therapeuten
(z.B. Psychologen)
8 sonstige
9 unbekannt
16. Entlassen zu
0 niemand
1 eigene Familie (Ehegatte) ☐
2 eigene Familie (nur Kinder) 68
3 Eltern oder sonstige Verwandte
4 Lebensgefährte/in
5 sonstige Bekannte
6 sonstige
9 unbekannt

I-Nr.

17. Entlassen in

- 0 ohne festen Wohnsitz
- 1 eigene Wohnung
- 2 Untermiete
- 3 Heim aus juristischen oder fürsorgerrischen Gründen
- 4 Heim aus Ausbildungs- oder Berufsgründen
- 5 Heim aus Gründen des Lebensalters oder der Gesundheit
- 6 ambulante Psychotherapie
- 7 sonstige
- 9 unbekannt

☐
69

18. Wohnungsvermittlung

- 0 keine
- 1 vom Patienten ausdrücklich abgelehnt
- 2 alte Wohnung (Haupt- oder Untermiete)
- 3 neue Wohnung (Haupt- oder Untermiete)
- 4 Heim
- 5 sonstige
- 9 unbekannt

☐
70

19. Abteilung

- 0 Psychiatrie 5. St.
- 1 Psychiatrie 4. St.
- 2 Kinderpsychiatrie
- 3 Forschungsstelle
- 4 Poliklinik
- 5 Separatstation
- 6 Neurologie
- 7 Psych. 5. St.-Tageskl. u./o. Nachtambulanz oder nur Tagambulanz
- 8 Psych. 4. St. - Tagambulanz u./o. Nachtambulanz oder nur Tagambulanz u./o. Nachtambulanz Kinderambulanz

☐
71

20. Soziale Maßnahmen

- 0 keine
- 1 Heimunterbringung aus juristischen oder fürsorgerrischen Gründen
- 2 Heimunterbringung aus Ausbildungs- oder Berufsgründen
- 3 Heimunterbringung aus Gründen des Lebensalters oder der Gesundheit
- 4 Tages- oder Rehabilitationsstätte
- 5 gerichtliche Maßnahmen ohne Heimunterbring.
- 6 Arbeitsvermittlung bzw. Arbeitsplatzwechsel
- 7 Kur
- 8 6 und andere
- 9 unbekannt

☐
72

I-Nr.

21. Gewißheitsgrad der Diagnose

- 0 ohne Angaben
- 1 Zustand nach.....
- 2 differentialdiagnostisch erwogen
- 3 Verdacht
- 4 Wahrscheinlichkeit
- 5 Sicherheit

☐

13.

22. Wichtige nicht nervenärztliche
Nebendiagnose:

- 0 keine
- 1 chirurg. neurolog. orthopäd.
- 2 gynäkologisch
- 3 internistisch
- 4 pädiatrisch
- 5 dermatologisch
- 6 HNO
- 7 Augen u./o. sonstige
- 8 Kombinationen
- 9 unbekannt

☐

14

23. Zustand bei Abgang

- 0 kein Behandlungsfall
- 1 geheilt oder wesentlich gebessert
- 2 gut gebessert
- 3 wenig gebessert
- 4 unverändert
- 5 verschlechtert
- 6 Tod ohne Sektion
- 7 Tod mit Sektion
- 8 nicht eindeutig beurteilbar
- 9 unbekannt.

☐

15

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - 9

Kartennummer

A	6	1
---	---	---

10 - 12

Auswertungsschema für Therapiemodi während der stationären Behandlung im MPIP

Die folgenden Therapiemodi sind anhand der vorliegenden Krankengeschichte des Patienten zu beantworten

I-Nr.

Therapie I (somatische Therapie)

- 0 keine somatische Therapie
- 1 Psychopharmaka
- 2 sonst. spez. medikam. Therapie bei Indikationen unseres Fachgebiets
- 3 EKT (und Psychopharmaka)
- 4 medikam. Therapie bei nicht fachspez. Indikation (z.B. intern.)
- 5 1+2
- 6 1+4
- 7 2+3
- 8 2+4
- 9 3+4

☐
13
Therapie I (wenn spezifisch) als:

- 0 trifft nicht zu
- 1 trifft zu

Neuroleptika
 Antidepressiva
 Analgetika
 Tranquilizer
 Hormone
 Vitamine/Mineralien
 Sonstige

14 ☐
 15 ☐
 16 ☐
 17 ☐
 18 ☐
 19 ☐
 20 ☐

Therapie II (nicht somatische Therapie)

- 0 nicht spezifisch (z.B. stützende/beratende Gespräche)
- 1 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- 2 Verhaltenstherapie
- 3 Hypnose/Autogenes Training
- 4 sonst. spez. psychotherapeutische Verfahren
- 5 1+2
- 6 1+4
- 7 2+3
- 8 2+4
- 9 sonstige Kombinationen

☐
21
Therapie II (wenn spezifisch) als:

- 0 entfällt
- 1 Einzeltherapie
- 2 Partner-/Familientherapie
- 3 Gruppentherapie
- 4 1+2
- 5 1+3
- 6 2+3
- 7 1+2+3
- 9 unbekannt

☐
22

I-Nr.

Wurde der Patient im Rahmen eines spezifischen Therapieprojekts behandelt?

- 1 Zwangsneurose (Heyse)
- 2 Zwangsneurose (Oeke)
- 3 Anorexia nervosa (Schäfer)
- 4 Anorexia nervosa (Fichter)

☐
23

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1-9

Kartennummer

B	1	1
---	---	---

10-12

Diagnosespezifischer Symtombogen

Anorexia nervosa

Die Daten sind anhand der Krankengeschichte des Patienten zu erheben zum Zeitpunkt der Aufnahme, Entlassung und Katamnese.

I-Nr.

- | | Aufnahme | Entlassung | Katamn |
|---|--|--|--|
| 1. Körpergröße in cm | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Körpergewicht in kg | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. % des Idealgewichtes | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
31 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Body Image verzerrt
Diskrepanz zwischen Beurteilung des Körperbildes durch Patient und Therapeut, z.B. "dünn sein wollen um jeden Preis".
0 nein
1 leicht verzerrtes Körperbild
2 deutlich verzerrtes Körperbild
3 sehr stark verzerrtes Körperbild
8 Schweregrad nicht beurteilbar
Symptom sicher vorhanden
9 keine Angaben
Beispiel: | <input type="text"/>
40 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Mangelnde Krankheitseinsicht
Diskrepanz zwischen Beurteilung des Gesundheitszustandes durch Patienten und Therapeut/ Untersucher
0 nein
1 leicht mangelnde Krankheitseinsicht
2 deutlich mangelnde Krankheitseinsicht
3 sehr stark mangelnde Krankheitseinsicht
8 Schweregrad nicht beurteilbar
Symptome sicher vorhanden
9 keine Angaben
Beispiel: | <input type="text"/>
43 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

I.Nr.

Aufnahme Entlassung Katamnese

6. Störungen der inneren

Wahrnehmung

Innere Reize, insbesondere
gastrointestinaler Art
(z.B. Hunger), werden nicht
angemessen wahrgenommen oder
zugegeben. Im weiteren Sinne
auch Stimmungen(Ärger, Freude,
Wut, Traurigkeit), Zustände
wie Müdigkeit, Erregtheit und
Schmerz- und Temperaturwahr-
nehmung.

0 keine Störung der inneren
Wahrnehmung

1 leichte Störung der inneren ☐ ☐ ☐
Wahrnehmung 46

2 deutliche Störung der
inneren Wahrnehmung

3 sehr starke Störung der
inneren Wahrnehmung

8 Schweregrad nicht beurteil-
bar; Symptom sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

7. Essen Überwertig in Gedanken
und/oder Handlungen

Patient ist in Gedanken viel
mit Essen, Rezepten, Kalorien
etc. beschäftigt; sammelt
Rezepte, kocht selbst oft und
gern; hortet oder versteckt
Nahrungsmittel.

0 keine Überwertigkeit

1 leichte Überwertigkeit ☐ ☐ ☐
49

2 deutliche Überwertigkeit

3 sehr starke Überwertigkeit

8 Schweregrad nicht beurteilbar
Symptom sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

I-Nr.

Aufnahme Entlassung Katamnese:

8. Kleptomanie (Nahrung)
fremde Nahrungsmittel von
anderen Personen oder in
Geschäften werden heimlich
entwendet, ggf. einhergehend
mit unwiderstehlichem Impuls.

0 nein

- 1 leicht (gelegentlich,
geringe Impulsstärke)
2 deutlich (impulshaft, doch
noch kontrollierbar)

☐☐☐

52

- 3 sehr stark (unwidersteh-
barer Impuls)

8 Schweregrad nicht beurteilbar
Symptom sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

9. Kleptomanie (Gegenstände)
fremde, nicht eßbare Gegen-
stände werden heimlich
entwendet, ggf. einhergehend
mit unwiderstehlichem Impuls.

0 nein

- 1 leicht (gelegentlich,
geringe Impulsstärke)
2 deutlich (häufiger, noch
kontrollierbarer Impuls)

☐☐☐

55

- 3 sehr stark (unwiderstehli-
cher Impuls)

8 Schweregrad nicht beurteil-
bar; Symptom sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Aufnahme Entlassung Katamnese

0. Overachievement

Leistung größer als aufgrund der Fähigkeit zu erwarten, z.B. lernt bzw. arbeitet übermäßig viel, macht Äußerungen, die auf hohes Anspruchsniveau hinweisen.

0 kein Overachievement

1 leichter Overachievement

2 deutliches Overachievement

3 sehr starkes Overachievement

8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

☐

58

☐☐

. Bewegungsdrang

Übermaß der körperlichen Bewegung, grobmotorische physische Überaktivität, z.B. übermäßig oft und lange Spaziergänge; häufige gymnastische Übung, Treppensteigen.

0 kein übermäßiger Bewegungsdrang

1 etwas übermäßiger Bewegungsdrang

2 deutlich übermäßiger Bewegungsdrang

3 sehr ausgeprägter übermäßiger Bewegungsdrang

8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

☐

61

☐☐

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Aufnahme Entlassung Katam

12. Ausgeprägte Leistungsorientierung

0 nein

1 leicht

2 deutlich

3 sehr ausgeprägt

8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptome sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

--

64

--

--

13. Bulimie

Freßorgien, impulsives Essen,
zumeist großer Mengen von Nahrung
nach vorangehendem Fasten
(oft gefolgt von Erbrechen).

0 nein

1 leicht

2 deutlich

3 sehr ausgeprägt

8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

--

67

--

--

14. Erbrechen

zumeist willkürliches Erbrechen
nach oder zwischen
den Mahlzeiten

0 kein Erbrechen

1 seltenes Erbrechen,
ca 1 x im Monat2 häufiges Erbrechen,
ca. 1 x in 8 Tagen3 sehr häufiges Erbrechen
1 x täglich und mehr

8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden

9 keine Angaben

Beispiel:

--

70

--

--

K.Nr. B 1 2

I-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Aufnahme Entlassung Katamnese

15. Laxantien- Abusus

- 0 keine
 1 gelegentlich Laxantien
 2 oft Laxantien
 3 sehr oft Laxantien
 8 Schweregrad nicht
 beurteilbar; Symptom
 sicher vorhanden
 9 keine Angaben
 Beispiel:

☐
13☐☐

16. Temperaturempfindlichkeit.

Empfindlichkeit gegenüber
 der Lufttemperatur des
 Körpers insgesamt.
 0 keine

- 1 Überempfindlichkeit
 gegenüber der Kälte
 2 Überempfindlichkeit
 gegenüber der Wärme/Hitze
 3 Überempfindlichkeit
 gegenüber Kälte und Wärme 16
 8 Schweregrad nicht beurteilbar;
 Symptom sicher vorhanden
 9 keine Angaben

☐☐☐

Beispiel:

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Aufnahme	Entlassung	Katamnese
17. Haarschädigung am Haupthaar			
0 normales Haar ohne vermehrten Ausfall	☐	☐	☐
1 vermehrter Haarausfall	19		
2 glanzloses, trockenes, sprödes Haar			
3 = 1+2			
8 Schweregrad nicht beurteilbar: Symptom sicher vorhanden			
9 keine Angaben			
Beispiel:			
18. Ödeme			
Wassereinlagerung an den Gliedmaßen			
0 keine Ödeme			
1 leichte Ödeme an Unterschenkeln nach langem Stehen	☐	☐	☐
2 deutliche Ödeme	22		
3 sehr ausgeprägte Ödeme an den Unterschenkeln, auch ohne längeres Stehen			
8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden			
9 keine Angaben			
Beispiel:			

I - Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Aufnahme Entlassung Katamnese

19. Lanugobehaarung
 feine, flaumige Härchen
 am Körper und Gliedmaßen
 0 nein
 1 leicht
 2 deutlich
 3 sehr ausgeprägt
 8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden
 9 keine Angaben
 Beispiel:

☐	☐	☐
25		

20. Soziale Isolation
 von anderen Menschen
 isoliert. Kontaktarm und-
 scheu. Einzelgänger.
 1 leichte soziale Isolation
 2 deutliche soziale Isolation
 3 sehr ausgeprägte soziale Isolation
 8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden
 9 keine Angaben
 Beispiel:

☐	☐	☐
28		

I-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Aufnahme Entlassung Katamn

21. Zeigt der Patient ein vermindertes sexuelles Interesse in seinem Verhalten?

0 nein

1 leicht vermindert

2 deutlich vermindert

3 sehr stark vermindert

8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden

☐

31

☐☐

9 keine Angaben

Beispiel:

22. Zeigt der Patient sexuelle Ängste?

0 nein

1 leicht

2 deutlich

3 sehr stark

8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden

☐

34

☐☐

9 keine Angaben

Beispiel:

23. Negative Einstellung zur Menstruation

0 nein

1 leicht

2 deutlich

3 sehr stark

8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden

☐

37

☐☐

9 keine Angaben

Beispiel:

24. Regelblutung

1 normale Regelblutung in den letzten 6 Monaten

2 unregelmäßige Regelblutung in den letzten 6 Monaten

3 sekundäre Amenorrhoe 6-12 Monate Dauer

4 sekundäre Amenorrhoe von mehr als 12 Monate Dauer

5 primäre Amenorrhoe

6 regelmäßiges Auftreten nur mit Hormonpräparaten

9 keine Angaben

☐

40

☐☐

25. Schlafstörung

- 0 keine Schlafstörung
- 1 Einschlafstörung
- 2 häufiges nächtliches Erwachen
- 3 verfrühtes morgendliches Erwachen
- 4 vermindertes Schlafbedürfnis (weniger als 7 Stunden)
- 5 vermehrtes Schlafbedürfnis (mehr als 9 Stunden)
- 6 Kombination

Beispiel:;

☐☐☐

43

26. Verdauung

- 0 regelmäßig
- 1 leicht unregelmäßig
- 2 deutlich unregelmäßig
- 3 stark unregelmäßig
- 8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden
- 9 keine Angaben

Beispiel:

☐☐☐

46

27. Fasten

- 0 kein Fasten. Normales Eßverhalten
- 1 leichtes Fasten. Das Eßverhalten des Patienten ist leicht schlankheitsbewußt
- 2 deutliches Fasten. Das Eßverhalten des Patienten ist deutlich schlankheitsbewußt
- 3 starkes Fasten. Das Eßverhalten des Patienten ist stark schlankheitsbewußt. Der Patient läßt Mahlzeiten häufig bewußt aus oder ißt meistens kalorienarme Nahrungsmittel
- 8 Schweregrad nicht beurteilbar; Symptom sicher vorhanden
- 9 keine Angaben

Beispiel:

☐☐☐

49

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aufnahme Entlassung Ka

- 28 Zusätzliche Symptome, die im Rahmen der spezifischen anorektischen Symptomatik untypisch sind.

(z.B. Stottern ...)

0 nicht vorhanden

1 vorhanden

Beispiel:

☐☐☐

52

- 29 Menarche im Alter von

--	--

55

- 30 Amenorrhoe (Ausbleiben der Monatsblutung für mehr als 3 Monate. Sekundäre Amenorrhoe Regelblutung war anfangs normal und blieb dann schließlich aus.

Primäre Amenorrhoe: bisher überhaupt keine Regelblutung)

0 keine sekundäre Amenorrhoe

1 sekundäre Amenorrhoe, die einer Gewichtsabnahme vorausging um mehr als 3 Monate

- 2 sekundäre Amenorrhoe, die der Gewichtsabnahme um mehr als 3 Monate nachfolgte

- 4 primäre Amenorrhoe

☐

57

I - Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ei Magersucht können seelische Veränderungen und Ver-
haltensstörungen auftreten wie beispielsweise:

bertriebenes Schlankheitsideal, Fasten, Erbrechen, Denken
auf Essen und Kalorien zentriert, auffällige Essgewohn-
heiten, Episoden von Heißhunger mit Verschlucken größerer
Essensmengen (evtl. gefolgt von Erbrechen) Drang nach
körperlicher Bewegung, Ausbleiben der Monatsblutung bei
Frauen.

Sie bitten Sie im folgenden alle diese Störungen insge-
samt für den Patienten einzuschätzen. Machen Sie diese
Einschätzung für die Zeitpunkte:

- . Klinikaufnahme
- I. Klinikentlassung
- II. Katamnese

Machen Sie für jeden der Zeitpunkte ein Kreuz in eines
der vorgezeichneten Kästchen, so wie es der Ausprägung
der Störungen entspricht.

Wichtig: Richten Sie sich bei der Entscheidung nach der
am meisten ausgeprägten Störung!

Ausgeprägte Magersucht: Aufnahme Entlassung Katamnese

keine Störungen			
leichte Störungen			
deutliche Störungen	☐	☐	☐
starke Störungen	58		
sehr starke Störungen			

Vergleich der Ausprägung
der Symptomatik bei Ent-
lassung im Vergleich
zur Aufnahme aufgrund
der Angaben der Kranken-
geschichte.

stark gebessert	
gebessert	
nicht verändert	
verschlechtert	☐
stark verschlechtert	
nicht beurteilbar	

Beispiel:

I-Nr.

Körpergröße: 168

IBW: 58,1

Aufnahme: 03.05.71

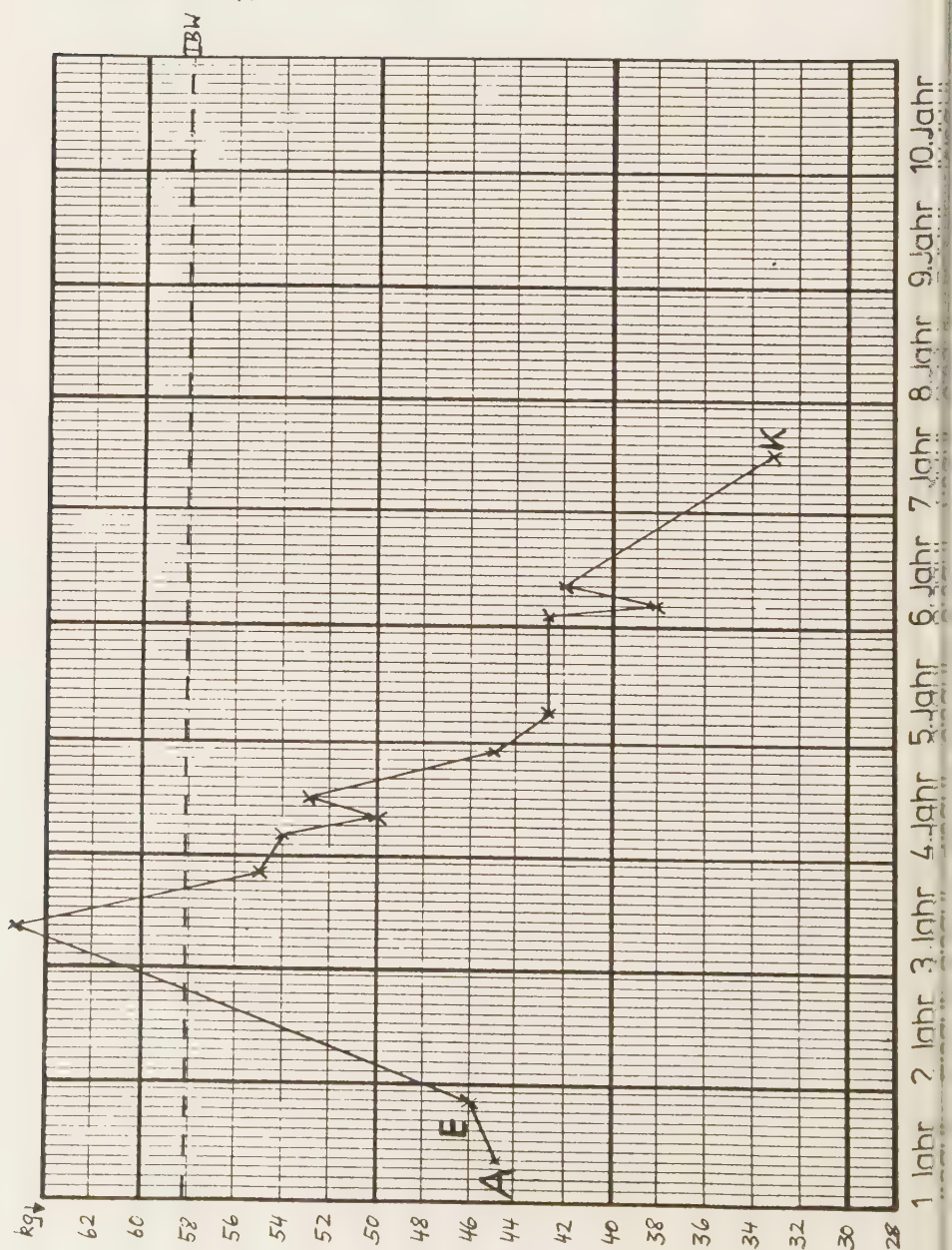
kg: 44,5

Entlassung: 17.11.71

kg: 46,0

Katamnese: 28.07.77

kg: 33,0



GEWICHTSVERLAUF

1. Entlassungsgewicht als Ausgangsniveau

- 1 mehr als 20% über dem Idealgewicht
- 2 15% über dem Idealgewicht
- 3 10% über dem Idealgewicht
- 4 5% über dem Idealgewicht
- 5 Idealgewicht
- 6 5% unter dem Idealgewicht
- 7 10% unter dem Idealgewicht
- 8 15% unter dem Idealgewicht
- 9 20% unter dem Idealgewicht
- 10 25% unter dem Idealgewicht
- 11 30% unter dem Idealgewicht
- 12 35% unter dem Idealgewicht
- 13 40% unter dem Idealgewicht
- 14 45% unter dem Idealgewicht
- 99 trifft nicht zu

--	--

70

Karte

B	1	3
---	---	---

2. Beurteilung des Gewichtsverlauf 1 Jahr nach Entlassung
aus stationärer Behandlung im MPI-P

Codierung s.1

--	--

13

3. Beurteilung des Gewichtsverlaufs 2 Jahre nach
Entlassung aus stationärer Behandlung im MPI -P

Codierung s.1

--	--

15

4. Zeitspanne, bis zu der sich zum 1. Mal eine deutliche
Veränderung ergeben hat (5% des Idealgewichts)

0 trifft nicht zu

1 unmittelbar nach Entlassung

d.h. innerhalb der ersten 2 - 6 Monaten

2 innerhalb 2 - 6 Monaten

3 innerhalb 6 - 12 Monaten

4 innerhalb des 2. Jahres

5 innerhalb des 3. Jahres

--

17

5. Verlaufstyp insgesamt

1 konstante Zunahme

Das Gewicht beträgt zum Zeitpunkt der Katamnese mindestens 5 % mehr als zum Zeitpunkt der Entlassung. Eine Abnahme um 5 % während des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese liegt nicht vor.

2 konstante Abnahme

Das Gewicht beträgt zum Zeitpunkt der Katamnese mindestens 5 % weniger als zum Zeitpunkt der Entlassung. Eine Zunahme um 5 % während des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese liegt nicht vor.

3 unverändert

Das Gewicht zum Zeitpunkt der Katamnese hat sich im Vergleich zum Entlassungsgewicht nicht verändert.

4 Wechsel zwischen Zu- und Abnahme in Richtung Zu-

nahme. Das Gewicht beträgt zum Zeitpunkt der Katamnese mindestens 5 % mehr als zum Zeitpunkt der Entlassung. Eine Abnahme um 5 % während des Verlaufs ist mindestens 1 x vorgekommen.



18

5 Wechsel zwischen Zu- und Abnahme in Richtung Ab-

nahme. Das Gewicht beträgt zum Zeitpunkt der Katamnese mindestens 5 % weniger als zum Zeitpunkt der Entlassung. Eine Zunahme während des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese ist mindestens 1 x vorgekommen.

6 Wechsel zwischen Zu- und Abnahme auf gleichem

Niveau. Das Gewicht zum Zeitpunkt der Katamnese hat sich im Vergleich zum Entlassungsgewicht nicht verändert. Während des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese ist eine Zu-/Abnahme um 5 % mindestens 1 x vorgekommen.

6. Realgewicht im Vergleich zum Idealgewicht. Beurteilung des gesamten Gewichtsverlaufs. Es ist die Maximalausprägung zu beurteilen.

1 Das Realgewicht hat das Idealgewicht mindestens 1 x um 5 % und mehr überschritten

2 Das Realgewicht hat das Idealgewicht mindestens 1 x erreicht

3 Das Realgewicht war nie höher als 5 % unter dem Idealgewicht

4 Das Realgewicht war nie höher als 10 % unter dem Idealgewicht

5 Das Realgewicht war nie höher als 15 % unter dem Idealgewicht



19

7. Zeitspanne, bis zu der das Realgewicht das Idealgewicht erreicht bzw. überschritten hat.

0 trifft nicht zu

1 innerhalb der ersten 6 Monate

2 6 - 12 Monate nach der Entlassung

3 1 - 2 Jahre nach der Entlassung

4 2 Jahre und mehr nach der Entlassung

☐

20

8. Wie war die erste Gewichtsveränderung innerhalb des ersten Jahres nach der Entlassung?

1 der Patient nahm zu (mindestens 5 % vom Idealgewicht)

2 der Patient nahm ab (mindestens 5 % vom Idealgewicht)

3 der Patient behielt das Gewicht konstant

☐

21

9. Gewicht zum Zeitpunkt der Katamnese
Codierung s. 1

☐

22

Zusätzliche Symptome, die im Rahmen der spezifischen Symptomatik untypisch sind, d.h. Merkmale, die eher auf eine andere Diagnose schließen lassen.

- 01 Phobien
02 Diffuse Ängste
03 soziale Ängste
04 depressive Verstimmung (nicht psychotisch)
05 hysterische Symptome
06 psychosomatische Störungen im engeren Sinne mit Organläsion
07 psychosomatische Störungen i. S. funktioneller körperl. Störungen
08 hypochondrische Symptome
09 Kriminalität
10 Alkoholabusus
11 Abusus von Rauschdrogen
12 Beruhigungsmittel - Schlafmittelabusus
13 Suizidgedanken
14 SMV
15 Sexuelle Störungen
16 Epileptische Anfälle
17 Zwangssymptome
18 Sonstige
99 nicht zu beurteilen

Diese zusätzlichen Symptome sind den 3 Zeitpunkten Aufnahme/Entlassung/Katamnese zuzuordnen. Falls mehr als 3 zusätzliche Symptome vorlagen bzw. vorliegen, ist zu codieren:

0 trifft nicht zu

1 trifft zu

1. Symptom

24

☐

26

☐

28

☐

2. Symptom

30

☐

32

☐

34

☐

3. Symptom

36

☐

38

☐

40

☐

mehr als 3 Symptome

42

☐

43

☐

44

☐

Diagnose zum Zeitpunkt der Katamnese

1. Diagnose (ICD-Nr.)

45

☐

2. Diagnose (ICD-Nr.)

49

☐

Differentialdiagnostisch ist zu erwägen (ICD-Nr.)

53

☐

I-Nr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kartennummer

E	2	2
---	---	---

DIAGNOSESPEZIFISCHER SYMPTOMBOGEN

ZWANGSNEUROSE

Die Daten sind anhand der Krankengeschichte des Patienten zu erheben zum Zeitpunkt der Aufnahme, Entlassung und Katamnese.

I. Spezifisches Merkmal der Zwangssymptomatik

(auf dem Codierungsblatt sind Mehrfachantworten vorgesehen)

- 01 Waschzwang
- 02 Vermeidungen
- 03 Kontrollzwang
- 04 Zählzwang
- 05 Ersatzhandlungen
- 06 Reinigungs- Putzwang
- 07 Ordnungszwang
- 08 Zwanghaftes Ausschütteln, Ausbürsten
- 09 Blickkontrollen
- 10 Zwangsgrübeln /-gedanken
- 11 Zwangsimpulse
- 12 Gedankliches Nachkontrollieren
- 13 Zwanghaftes Nägelfeilen
- 14 Ticähnliche Zwangshandlungen
- 15 Zwanghaftes Zerreden eines Problems
- 16 Zwanghaftes Vernichten, Zerreißen
- 17 Riechzwang
- 18 Wiederholungszwänge
- 19 Dokumentierzwang
- 20 Sonstige

II. Intensität des spezifischen Merkmals der Zwangssymptomatik

Wir bitten Sie, auf dem Codierungsblatt das Ausmaß der Zwangssymptomatik für den Patienten einzuschätzen. Machen Sie diese Einschätzung für die Zeitpunkte:

A: Klinikaufnahme
E: Klinikentlassung
K: Katamnese

0 keine Zwangssymptome

1 leichte Zwangssymptome

Der Tagesablauf ist ab und zu durch Zwangssymptome gestört.
Andere merken von der Störung nichts.
Die Arbeit ist kaum beeinträchtigt.

2 deutliche Zwangssymptome

Der Tagesablauf ist häufig durch Zwangssymptome gestört.
Die Arbeit ist deutlich beeinträchtigt.

3 starke Zwangssymptome

Die meiste Zeit des Tages ist durch Zwangsgedanken u. / oder -handlungen ausgefüllt. Eine Arbeit kann nur mit größter Mühe ausgeführt werden.

4 sehr starke Zwangssymptome

Der gesamte Tagesablauf ist vollkommen durch Zwangsgedanken oder -handlungen bestimmt. Eine Arbeit kann nicht mehr ausgeübt werden.

III. Krankheitseinsicht

Ist der Patient der Meinung, daß er nicht krank oder psychisch gestört ist, während andere meinen, daß er krank oder gestört ist?

(Die Einstufung erfolgt für jedes angegebene Einzelmerkmal des Zwangs).

Der Patient findet sein Verhalten:

- 0 völlig unangemessen
- 1 ziemlich unangemessen
- 3 völlig angemessen
- 9 nicht zu beurteilen

IV. Soziale Beeinträchtigung im Zusammenhang mit der Zwangssymptomatik

Die Zwangssymptomatik bewirkt:

1. ein gestörtes Familienleben
 - 0 nein
 - 1 ja
 - 9 nicht zu beurteilen
2. Beeinträchtigung: Arbeit/Haushalt/Schule
 - 0 nein
 - 1 ja
 - 9 nicht zu beurteilen
3. Beeinträchtigung sozialer Beziehungen außerhalb der Familie
 - 0 nein
 - 1 ja
 - 9 nicht zu beurteilen
4. Beeinträchtigung im Freizeitverhalten
 - 0 nein
 - 1 ja
 - 9 nicht zu beurteilen
5. Einbeziehung einer Bezugsperson in die Zwangssymptomatik.
Ist eine Bezugsperson des Patienten (Familienmitglied, Kollegen am Arbeitsplatz etc.) aktiv in die Zwangssymptomatik einbezogen (z.B. Bezugsperson muß sich auch die Hände waschen, darf Gegenstände nicht berühren...)
 - 0 nein
 - 1 ja
 - 9 nicht zu beurteilen
6. Ist eine Bezugsperson des Patienten passiv in die Zwangssymptomatik einbezogen (z.B. Bezugsperson wird lediglich über alle Zwänge unterrichtet, im Sinne verbaler Rückversicherung)
 - 0 nein
 - 1 ja
 - 9 nicht zu beurteilen

7. Besteht ein sekundärer Krankheitsgewinn für den Patienten?

0 nein

1 ja

9 nicht zu beurteilen

8. Besteht ein sekundärer Krankheitsgewinn für die Bezugsperson?

0 nein

1 ja

9 nicht zu beurteilen

V. Zusätzliche Symptome, die im Rahmen der spezifischen Zwangssymptomatik untypisch sind oder eine andere Fehlentwicklung kennzeichnen.

01 Phobien

02 Diffuse Angst

03 Soziale Ängste

04 Depressive Verstimmung (nicht psychotisch)

05 Hysterische Symptome

06 Psychosomatische Störungen im engeren Sinne
mit Organläsien

07 Psychosomatische Störungen im Sinne funktioneller
körperlicher Störungen

08 Hypochondrische Symptome

09 Kriminalität

10 Alkoholabusus

11 Abusus von Rauschdrogen

12 Abusus von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln

13 Suizidgedanken

14 Suizidversuch

15 Sexuelle Störungen

16 Epileptische Anfälle

17 Sonstige

18 nicht zu beurteilen

Diese zusätzlichen Symptome sind den 3 Zeitpunkten Aufnahme/Entlassung/Katamnese zuzuordnen. Es wird die Möglichkeit gegeben, 3 zusätzliche Symptome inhaltlich anzugeben. Falls mehr als 3 zusätzliche Symptome vorlagen bzw. vorliegen, ist zu codieren:

0 trifft nicht zu

1 trifft zu

VI. Globalrating: Vergleich Intensität der Symptomatik bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme

0 stark gebessert

1 gebessert

2 nicht verändert

3 verschlechtert

4 stark verschlechtert

VII. Projektpatient

0 nein

1 ja

VIII. Intensität Global

Wir bitten Sie im folgenden die Intensität der Zwangssymptomatik insgesamt für den Patienten einzuschätzen. Machen Sie die Einschätzung für die Zeitpunkte

- A Aufnahme
- E Entlassung
- K Katamnese

Wichtig: Richten Sie sich bei der Entscheidung nach der am stärksten ausgeprägte Störung

0 keine Zwangssymptome

1 leichte Zwangssymptome. Der Tagesablauf ist ab und zu durch Zwangssymptome gestört. Andere merken von der Störung nichts. Die Arbeit ist kaum beeinträchtigt.

2 deutliche Zwangssymptome. Der Tagesablauf ist häufig durch Zwangssymptome gestört. Die Arbeit ist deutlich beeinträchtigt.

3 starke Zwangssymptome. Die meiste Zeit des Tages ist durch Zwangsgedanken und/oder -handlungen ausgefüllt. Eine Arbeit kann nur mit größter Mühe ausgeführt werden.

4 sehr starke Zwangssymptome. Der gesamte Tagesablauf ist vollkommen durch Zwangsgedanken oder -handlungen bestimmt. Eine Arbeit kann nicht mehr ausgeführt werden.

IX. Diagnose zum Zeitpunkt der Katamnese

- 1. Diagnose (ICD-NR)
- 2. Diagnose (ICD-NR)

Differentialdiagnostisch ist zum Zeitpunkt der Katamnese zu erwägen (ICD-NR).

Codierungsblatt "Symptombogen Zwangssymptomatik"

Codierungsanleitung s.S. 2-5.

I.

Phänomenologie
der Zwangs-
symptomatik

II.

Intensität
der Zwangs-
symptomatik

III.

Krankheits-
einsicht

A

A E K

A E K

Anmerkung:

IV. Soziale Beeinträchtigung im Zusammenhang mit der Zwangssymptomatik

	A	E	K
1. Beeinträchtigung: Familie	☐	☐	☐
2. Beeinträchtigung: Arbeit/Schule/Haushalt	☐	☐	☐
3. Beeinträchtigung: soz. Beziehungen	☐	☐	☐
4. Beeinträchtigung: Freizeit	☐	☐	☐
5. Bezugsperson: aktiv einbezogen	☐	☐	☐
6. Bezugsperson: passiv einbezogen	☐	☐	☐
7. Krankheitsgewinn: Patient	☐	☐	☐
8. Krankheitsgewinn: Bezugsperson	☐	☐	☐

V. Zusätzliche Symptome

1. Symptombezeichnung	☐	☐	☐
2. Symptombezeichnung	☐	☐	☐
3. Symptombezeichnung	☐	☐	☐
4. mehr als 3 Symptome	☐	☐	☐

VI. Rating (global)
Vergleich: Intensität Aufnahme/
Entlassung

☐

VII. Projektpatient:
Oeke/Heyse

☐

VIII. Intensität Global

☐

IX. Diagnose zum Zeit- 1. Diagnose (ICD-NR)
punkt der Katamnese 2. Diagnose (ICD-NR)

Kartennummer

Differentialdiagnostisch ist zum
Zeitpunkt der Katamnese zu
erwägen

(ICD-NR)

--	--	--	--

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1-9

Kartennummer

I	1	1
---	---	---

10-12

Interview-Patient

1. Katamnese-dauer (in Monaten)

--	--

13

2. Datum der Katamnese

--	--	--	--	--	--	--

15

3. Name des Untersuchers

01 Fichter

02 Fritz

03 Gerlinghoff

04 Ladisich

05 Möller

06 Schwarz

07 Werner

08 Wüschner

--	--

21

4. Interview wurde durchgeführt

1 im MPI

2 am Telefon

3 zu Hause

--

23

5. Aufzeichnung

0 nein

Tonband Nr.

Spur:

Bandstelle

--

24

6. Zusätzliche Beurteilungen

0 nein

1 mehrere Experten

2 ein zusätzlicher Rater

--

25

7. Krankenkasse des Patienten

8. Glaubwürdigkeit des Patienten

0 unglaubwürdig

1 glaubwürdig

--

26

I-Nr.

I. Derzeitige psychische Beschwerden

Im Laufe des Interviews mit dem Patienten sollen die unten aufgeführten Bereiche angesprochen werden. Die Informationen aus dem Gespräch sind in Beurteilungsskalen zusammenzufassen. (Seite 8)

"Zu Beginn möchte ich wissen, wie es Ihnen zur Zeit geht?"

1. Intensität der spezifischen Symptomatik
Befrage Mermalausprägung der spezifischen Symptomatik, die im MPI-P stationär behandelt wurde anhand des jeweiligen spezifischen Symptombogens, z.B. Anorexia nervosa A81, Zwangsneurose A91,...
2. Intensität diagnoseunspezifischer Symptomatik
"Gibt es derzeit neue Beschwerden, die Sie früher nicht kannten und die früher nicht behandelt wurden?"
3. Beeinträchtigung des Patienten durch alle Symptome
"Wie stark ist Ihr Leben durch Ihre seelischen Probleme zur Zeit beeinträchtigt?"
4. Belastung der Umwelt durch Symptome des Patienten
"Machen sich Ihre Angehörigen oder Freunde viel Sorgen um Sie?"
5. Selbstversorgung
"Können Sie sich selbst versorgen?"
6. Leistungsfähigkeit in Schule/Beruf/Haushalt.
"Wie gut kommen Sie mir den Anforderungen am Arbeitsplatz oder im Haushalt zurecht?"
7. Streit/Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz
"Wie gut kommen Sie mir Ihren Arbeitskollegen zurecht?"
8. Streit/Auseinandersetzungen mit der engeren Familie
"Wie gut kommen Sie mit Ihren Verwandten aus?"
9. Soziale Isolation
"Haben Sie jemanden, mit dem Sie über Ihre Probleme sprechen können?"
10. Freizeitgestaltung
"Was machen Sie mit Ihrer freien Zeit?"

I.-Nr.

Befrage speziell zur aktuellen Situation

1. Alkoholabusus

☐
27

0 nein

1 ja

"Hilft Ihnen Alkohol, wenn Sie Probleme haben?
Werden Sie mir ein paar Schnäpsen dann mit den
Schwierigkeiten besser fertig? Können Sie aufhören
wenn Sie einmal angefangen haben? Trinken Sie
regelmäßig bzw. täglich größere Mengen Alkohol?"

☐
28

2. Medikamentenabusus

0 nein

1 ja

"Brauchen Sie zum Schlafen ein Schlafmittel?
Wieviel nehmen Sie denn da ungefähr? Wann nehmen
Sie denn die Mittel ein? Manchmal schon mittags oder
untertags, um richtig zu entspannen? Haben Sie schon
einmal Drogen ausprobiert?"

☐
29

3. Suizidgedanken

0 nein

1 ja

"Sind Sie es zur Zeit alles so leid, daß sie richtig
lebensüberdrüssig sind? Wünschen Sie, nicht mehr zu
leben? Denken Sie daran, sich eventuell selbst das
Leben zu nehmen?"

☐
30

4. Selbstmordversuch

0 nein

1 ja

"Oder haben Sie es gar kürzlich versucht?"

I.-Nr.

II. Verlauf

1. Symptomverlauf

"Ging es Ihnen in der Zeit zwischen Entlassung und jetzt immer gleich gut bzw. gleich schlecht oder wechselte Ihr Zustand häufig?"

a. Verlaufsrichtung

"Hatten sich Ihre Beschwerden im Verlauf zwischen Entlassung und jetzt verändert? Wann waren sie im Vergleich zum jetzigen Zeitpunkt viel stärker, stärker, gleich, weniger stark?"

(Versuche eine Verlaufskurve der diagnosespezifischen Störung zu zeichnen. (S.4)

b. Verlauftyp

"Hatten Sie den Eindruck, daß Ihre Beschwerden in einer bestimmten Regelmäßigkeit auftraten oder ausblieben? Wurde es Ihrer Meinung nach allmählich, konstant immer besser bzw. schlechter, oder wechselte Ihr Zustand häufig zwischen "sich wohler fühlen" und "sich schlechter fühlen?"

b. 1 Ausgangsniveau

Intensität der spezifischen Symptomatik zum Zeitpunkt der Entlassung aus stationärer Therapie im MPI-P. Die Beurteilung wird vom Patienten vorgenommen

0 Keine Beschwerden/Symptome. Alle Dinge des Lebens können verrichtet werden.

1 Leichte Beschwerden/Symptome. Keine Beeinträchtigung bei der Verrichtung der täglichen Dinge.

2 Mäßig ausgeprägte Beschwerden/Symptome. Die Beschwerden wirken sich im täglichen Leben in geringem Maße störend aus. Es gibt geringfügige Schwierigkeiten für kurze Dauer.

3 Deutlich ausgeprägte Beschwerden/Symptome. Mittlere Beeinträchtigung, die Symptome wirken sich im allgemeinen deutlich störend aus. Merkbliche Schwierigkeiten von längerer Dauer.

4 Starke Beschwerden/Symptome. Die Beschwerden wirken sich im allgemeinen beträchtlich störend aus. Beträchtliche Schwierigkeiten im täglichen Leben von längerer Dauer.

5 Sehr starke Beschwerden/Symptome. Viele Dinge des täglichen Lebens können nicht mehr getan werden. Häufig auf fremde Hilfe angewiesen.

6 Extrem starke Beschwerden/Symptome. Die meisten Dinge des täglichen Lebens können ohne fremde Hilfe nicht mehr getan werden. Ständig auf fremde Hilfe angewiesen, allein nicht mehr lebensfähig.

[illegible]

- b. 2. Beurteilung des Verlaufs 1 Jahr nach Entlassung aus stationärer Therapie. Beurteilung auf der Basis des Entlassungsbefundes.

- 1 sehr deutlich besser
(Differenz von 2 Skalenpunkten)
- 2 deutlich besser
(Differenz von 1 Skalenpunkt)
- 3 unverändert
(Intensität liegt auf demselben Skalenniveau) ☐ 32
- 4 deutlich schlechter
(Differenz von 1 Skalenpunkt)
- 5 sehr deutlich schlechter
(Differenz von 2 Skalenpunkten)

- b. 3. Beurteilung des Verlaufs 2 Jahre nach Entlassung aus stationärer Therapie. Beurteilung auf der Basis des Entlassungsbefundes.

- 1 sehr deutlich besser
(Differenz von 2 Skalenpunkten)
- 2 deutlich besser
(Differenz von 1 Skalenpunkt) ☐ 33
- 3 unverändert
(Intensität liegt auf demselben Skalenniveau)
- 4 deutlich schlechter
(Differenz von 1 Skalenpunkt)
- 5 sehr deutlich schlechter
(Differenz von 2 Skalenpunkten)

- b. 4. Zeitspanne bis zu der sich zum 1. Mal eine deutliche bzw. sehr deutliche Veränderung ergeben hat.

- 0 trifft nicht zu
- 1 unmittelbar nach Entlassung d. h. innerhalb der ersten 2 Monate
- 2 innerhalb 2 - 6 Monate ☐ 34
- 3 innerhalb 6 - 12 Monate
- 4 innerhalb des 2. Jahres
- 5 innerhalb des 3. Jahres und später

b. 5 Verlaufstyp insgesamt1 konstant besser

(Die Intensität der spez. Symptomatik wird vom Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese im Vergleich zur Entlassung um 1 und mehr Skaleneinheiten besser bewertet. Eine Verschlechterung während des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese (um 1 und mehr Skaleneinheiten liegt nicht vor).

2 konstant schlechter

(Die Intensität der spez. Symptomatik wird vom Pat. zum Zeitpunkt der Katamnese im Vergleich zur Entlassung um 1 und mehr Skaleneinheiten schlechter bewertet. Eine Verbesserung während des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese um 1 und mehr Skaleneinheiten liegt nicht vor).

3 unverändert

(Die Intensität der spez. Symptomatik wird vom Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese im Vergleich zur Entlassung unverändert eingestuft. Während des Verlaufs zwischen Entlassung und Katamnese lag keine Verbesserung/Verschlechterung um 1 oder mehr Skaleneinheiten vor).

4 Wechsel zwischen besser/schlechter in Richtung besser

(Die Intensität der spez. Symptomatik wird vom Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese im Vergleich zur Entlassung um 1 od. mehr Skaleneinheiten besser bewertet. Innerhalb des Verlaufs beschreibt 35 ☐ er Patient eine Variabilität der Symptomatik. Die Symptomatik muß mindestens 1 x auf einem Skalenniveau gewesen sein, das 1 und mehr Skaleneinheiten unter u./od. über der Beurteilung zum Zeitpunkt liegt.

5 Wechsel zwischen besser/schlechter in Richtung schlechter

(Die Intensität der spez. Symptomatik wird vom Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese im Vergleich zur Entlassung um 1 oder mehr Skaleneinheiten schlechter bewertet. Innerhalb des Verlaufs beschreibt der Pat. eine Variabilität der Symptomatik. Die Symptomatik muß mindestens 1 x auf einem Skalenniveau gewesen sein, das 1 und mehr Skaleneinheiten unter u./od. über dieser Beurteilung liegt).

6 Wechsel zwischen besser/schlechter auf gleichem Niveau

(Die Intensität der spez. Symptomatik wird vom Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese im Vergleich zur Entlassung unverändert eingestuft. Der Patient beschreibt eine Variabilität der Symptomatik im Verlauf zwischen Entlassung und Katamnese. Die Symptomatik muß mindestens 1 x auf einem Skalenniveau gewesen sein, das 1 und mehr Skaleneinheiten unter u./od. über dieser Beurteilung liegt).

b. 6 Intensität der spez. Symptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese

- 0 Keine Beschwerden/Symptome. Alle Dinge des Lebens können verrichtet werden.
 - 1 Leichte Beschwerden/Symptome. Keine Beeinträchtigung bei der Verrichtung der täglichen Dinge.
 - 2 Mäßig ausgeprägte Beschwerden/Symptome. Die Beschwerden wirken sich im täglichen Leben in geringem Maße störend aus. Es gibt geringfügige Schwierigkeiten für kurze Dauer.
 - 3 Deutlich ausgeprägte Beschwerden/Symptome. Mittlere Beeinträchtigung, die Symptome wirken sich im allgemeinen deutlich störend aus. Merkliche Schwierigkeiten von längerer Dauer.
 - 4 Starke Beschwerden/Symptome. Die Beschwerden wirken sich im allgemeinen beträchtlich störend aus. Beträchtliche Schwierigkeiten im täglichen Leben von längerer Dauer.
 - 5 Sehr starke Beschwerden/Symptome. Viele Dinge des täglichen Lebens können nicht mehr getan werden. Häufig auf fremde Hilfe angewiesen.
 - 6 Extrem starke Beschwerden/Symptome. Die meisten Dinge des täglichen Lebens können ohne fremde Hilfe nicht mehr getan werden. Ständig auf fremde Hilfe angewiesen, allein nicht mehr lebensfähig.
2. Andere psychische Störungen, die im Verlauf zwischen Entlassung und Katamnese aufgetreten sind.
 "Sind in der Zeit zwischen Entlassung und jetzt noch andere seelische Beschwerden aufgetreten, wie z.B...."
 (Beurteile psychische Störungen für den Zeitraum Entlassung-Katamnese anhand des Erhebungsbogens krankheitsbezogener Daten I 21.)
3. Therapien nach Entlassung aus stationärer Behandlung im MPI-P
 "Waren Sie seit Entlassung erneut in Behandlung?"
 Von wann bis wann, ambulant oder stationär, wo, für welche Störung, wie lange, wie wurden Sie behandelt?"
 (Erfasse Therapien nach Entlassung anhand des Erhebungsbogens 131.)
4. Life events
 "Was hat sich in der Zeit zwischen Entlassung und jetzt noch ereignet?"
 (Erfasse wichtige Ereignisse anhand des "life-events-Bogens".)
5. Arbeitsplatzwechsel
 Häufiger Stellenwechsel und/oder beruflicher Abstieg in der Zeit zwischen Entlassung und Katamnese
- 0 nein
 - 1 2-4 mal
 - 2 5-10 mal
 - 3 10 mal und mehr

I-Nr.

Beurteilungsskalen

Skala 1: Intensität der spezifischen Symptomatik
 "Beschreibt der Patient im Interview die gleiche Symptomatik, die Grund der damaligen stationären Therapie im MPI-P war? Ist die alte Symptomatik noch vorhanden?"

Bewertung

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| 0 | keine Symptome vorhanden | ☐ |
| 1 | Symptomatik ist leicht vorhanden | |
| 2 | Symptomatik ist deutlich vorhanden | 38 |
| 3 | Symptomatik ist stark vorhanden | |
| 4 | Symptomatik ist sehr stark vorhanden | |

Skala 2: Vergleich: Jetziger Zustand/Zustand bei Aufnahme

Bewertung

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0 | stark gebessert | |
| 1 | gebessert | ☐ |
| 2 | nicht verändert | 39 |
| 3 | verschlechtert | |
| 4 | stark verschlechtert | |
| 9 | kann nicht beurteilt werden, Angaben aus der KG sind zu lückenhaft | |

Skala 3: Vergleich: Jetziger Zustand/Zustand bei Entlassung

Bewertung

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0 | stark gebessert | |
| 1 | gebessert | ☐ |
| 2 | nicht verändert | 40 |
| 3 | verschlechtert | |
| 4 | stark verschlechtert | |
| 9 | kann nicht beurteilt werden, Angaben aus der KG sind zu lückenhaft | |

Skala 4: Intensität zusätzlicher, diagnoseunabhängiger Symptome

"Beschreibt der Patient im Interview Symptome, die während der stationären Behandlung im MPI-P nicht im Mittelpunkt der Behandlung standen?" (Z. B. Entlassungsdiagnose: Zwangsneurose, zusätzlich äußert der Patient zum Zeitpunkt der Katamnese Wahnideen)

Bewertung

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| 0 | keine Symptome vorhanden | ☐ |
| 1 | Symptomatik ist leicht vorhanden | |
| 2 | Symptomatik ist deutlich vorhanden | 41 |
| 3 | Symptomatik ist stark vorhanden | |
| 4 | Symptomatik ist sehr stark vorhanden | |

I-Nr.

Skala 5: Intensität psychischer Störungen insgesamt
Bewertung

- 0 keine Symptome vorhanden, keine therapeutische Intervention notwendig
- 1 Symptome sind leicht vorhanden, eine Betreuung des Patienten scheint angebracht
- 2 Symptome sind deutlich vorhanden
- 3 Symptome sind stark vorhanden, der Patient ist behandlungsbedürftig
- 4 Symptome sind sehr stark vorhanden, der Patient ist unbedingt behandlungsbedürftig

Skala 6: Wie stark ist das Leben des Patienten durch Symptome beeinträchtigt?

Bewertung

- 0 keine Beeinträchtigung, Patient ist in der Regel fähig, alle Dinge des täglichen Lebens zu verrichten
- 1 leichte Beeinträchtigung, die Symptome wirken sich im täglichen Leben in geringem Maße störend aus. Es gibt geringfügige Schwierigkeiten für eine kurze Dauer
- 2 deutliche Beeinträchtigung, die Symptome wirken sich im allgemeine deutlich störend aus. Merkliche Schwierigkeiten von längerer Dauer
- 3 starke Beeinträchtigung, die Symptome wirken sich im allgemeinen beträchtlich störend aus. Beträchtliche Schwierigkeiten im täglichen Leben von längerer Dauer.
- 4 sehr starke Beeinträchtigung, der Patient kann viele Dinge überhaupt nicht mehr tun, ist regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen

Skala 7: Wie stark ist die Umwelt durch die Symptome des Patienten belastet?

Bewertung

- 0 niemand ist belastet
- 1 andere sind leicht belastet
- 2 andere sind deutlich belastet
- 3 andere sind stark belastet
- 4 für andere sind die Symptome des Patienten kaum zu ertragen

Skala 8: Wie gut ist der Patient in der Lage, sich selbst zu versorgen?

Bewertung

- 0 Patient kann sich ohne besondere Anstrengung selbst versorgen
- 1 Patient kann sich in der Regel selbst versorgen viele Dinge kosten ihn jedoch immer etwas Überwindung
- 2 Patient kann sich nur mit Anstrengung selbst versorgen, viele Dinge bedeuten für ihn eine besondere Belastung
- 3 Patient kann sich nur sehr schlecht selbst versorgen, er muß häufig fremde Hilfe in Anspruch nehmen
- 4 Patient kann sich in der Regel nicht selbst versorgen, er ist regelmäßig auf fremde Hilfe

I-Nr.

Skala 9: Wie gut kann der Patient Verpflichtungen in den Tätigkeitsbereichen Schule/Universität, Haushalt Beruf nachkommen? (Lassen Sie bei der Bewertung den/die Tätigkeitsbereich(e) aus, der/die für den Patienten nicht zutrifft/zutreffen).

Bewertung

Schule	Haus-	Be-	
Uni	halt	ruf	
0	0	0	<u>keine</u> Beeinträchtigung in der Arbeit
1	1	1	leichte Beeinträchtigung in der Arbeit, die Symptome wirken sich manchmal leicht störend aus
2	2	2	<u>deutliche</u> Beeinträchtigung in der Arbeit, eine geringe Leistungsfähigkeit ist jedoch deutlich
3	3	3	<u>starke</u> Beeinträchtigung in der Arbeit, die Arbeit kann häufig nur mit größter Anstrengung durchgeführt werden, viele Dinge können vom Patienten nicht mehr getan werden, Qualität und Menge der Arbeit ist deutlich verringert, die Arbeitsplatz-
4	4	4	auswahl ist deutlich eingeschränkt
9	9	9	<u>sehr starke</u> Beeinträchtigung in der Arbeit, Patient kann nur ganz spezifische Dinge durchführen, ist durch die Symptome praktisch arbeitsunfähig
			trifft nicht zu

45

Skala 10: Wie gut kommt der Patient mit anderen Menschen aus? Gibt es Spannungen im Umgang mit Menschen am Arbeitsplatz (Schule/Verkäufern) (nicht Familienmitglieder).

Bewertung

0	<u>keine</u> Beeinträchtigung, keine offensichtlichen Störungen in den Beziehungen mit anderen Menschen
1	<u>leichte</u> Beeinträchtigung, der Patient ist in der Lage, reibungslose und zufriedenstellende Beziehungen mit nur gelegentlichen leichten Schwierigkeiten herzustellen und aufrechtzuerhalten
2	<u>deutliche</u> Beeinträchtigung, der Patient ist in der Lage, mit der Mehrzahl der Menschen meistens reibungslose Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten, aber seelische Schwierigkeiten hindern ihn, mit einigen ganz bestimmten Leuten zurechtzukommen
3	<u>starke</u> Beeinträchtigung, der Patient kann wegen seelischer Störungen nur einige wenige reibungslose Beziehungen herstellen und aufrechterhalten
4	<u>sehr starke</u> Beeinträchtigung, der Patient ist unfähig, soziale Beziehungen herzustellen oder aufrechtzuerhalten

48

I-Nr.

Skala 11: Wie gut kommt der Patient mit seiner engeren Familie zurecht? Gibt es Spannungen innerhalb der engeren Familie?

Bewertung

- 0 keine Beeinträchtigung, kein Hinweis auf Störungen in den Familienbeziehungen, die Gefühle gegenüber den anderen Familienmitgliedern sind im allgemeinen positiv
- 1 leichte Beeinträchtigung, die Gefühle gegenüber den anderen Familienmitgliedern sind im allgemeinen positiv, aber es treten z.B. manchmal geringfügige Spannungen oder Streitigkeiten auf, oder es wird gelegentlich offen Unzufriedenheit geäußert
- 2 deutliche Beeinträchtigung, im großen und ganzen sind die Gefühle zu den anderen Familienmitgliedern positiv, aber es tauchen ziemlich häufig Streitigkeiten und Spannungen auf und der Patient äußert sich unzufrieden über die Familie
- 3 starke Beeinträchtigung, die Gefühle gegenüber den anderen Familienmitgliedern sind im allgemeinen negativ, aber der Patient lebt noch mit seiner Familie zusammen, häufige Spannungen und Streitigkeiten und der Patient äußert erhebliche Unzufriedenheit
- 4 sehr starke Beeinträchtigung, der Patient ist wegen seiner seelischen Störungen nicht in der Lage, mit seiner Familie zusammenzuleben

☐
49

Skala 12: Wie stark ist der Patient sozial isoliert?

Bewertung

- 0 gute soziale Kontaktfähigkeit, gute soziale Fertigkeiten, Patient ist aktiv, um die bestehenden Freundschaften aufrechtzuerhalten und erweitert seinen Bekanntenkreis
- 1 befriedigende Kontaktfähigkeit, Patient hat im Umgang mit anderen Menschen kaum Schwierigkeiten, ist jedoch nicht sonderlich aktiv, neue Verbindungen anzuknüpfen
- 2 Geringfügige Schwierigkeiten im Umgang mit anderen, Patient kann jedoch nicht als sozial isoliert bezeichnet werden. Neigt dazu, bestehende Kontakte zu Bekannten zu vernachlässigen
- 3 deutliche soziale Isolation, Patient ist die meiste Zeit allein, hat große Schwierigkeiten, Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten
- 4 starke soziale Isolation, Patient ist fast immer allein, hat keine Freunde oder Bekannte, wird von anderen gemieden oder vermeidet selbst den Kontakt

☐
50

I-Nr.

Skala 13: Freizeitverhalten

Bewertung

- 0 zufriedenstellendes Freizeitverhalten:
fähig, Freizeit zu genießen, Freizeitbeschäftigungen
sind nicht durch seelische Schwierigkeiten
eingeschränkt
- 1 geringfügige Beeinträchtigung:
Symptome beeinträchtigen die Freizeitbeschäftigung
in geringfügigem Ausmaß, z.B. leichte Beschränkung
des Aktionsradius, oder andere geringfügige
Schwierigkeiten, Freizeitbeschäftigungen aufzu-
nehmen, leichte Beschränkung der Art und der
Auswahl der Freizeitbeschäftigungen
- 2 mittlere Beeinträchtigung:
Symptome beeinträchtigen die Freizeitbeschäftigung
deutlich, z.B. deutliche Beschränkung des Aktions-
radius, oder deutliche anderweitige Schwierigkeiten,
Freizeitbeschäftigung aufzunehmen, deutliche
Beschränkung der Art und der Auswahl der
Freizeitbeschäftigung, die aufgenommen werden
- 3 erhebliche Beeinträchtigung:
die Symptome beeinträchtigen die Freizeitbeschäfti-
gung erheblich, z.B. Aktionsradius erheblich
eingeschränkt, Schwierigkeiten, eine Freizeit-
beschäftigung aufzunehmen (sogar in Begleitung)
oder nur ein oder zwei Beschäftigungen möglich
wegen seelischer Schwierigkeiten
- 4 starke Beeinträchtigung:
hat alle Freizeitbeschäftigungen aufgrund seelischer
Störungen aufgegeben



51

Skala 14: Global Assessment Scale (GAS)

(Spitzer/Gibbon/Endicott)

Bewerten Sie den niedrigsten "level of functioning" des Probanden während der letzten Woche, indem Sie die unterste Grenze auswählen, die sein Verhalten auf einem hypothetischen Kontinuum von seelischer Gesundheit/Krankheit beschreibt. So sollte z.B. einem Probanden, dessen "Benahmen beträchtlich durch Wahnvorstellungen beeinflusst ist" (Bereich 21-30) eine Bewertung in jenem Bereich gegeben werden, obgleich er "größere Beeinträchtigungen auf mehreren Gebieten hat" (Bereich 31-40). Benutzen Sie, falls angemessen, auch Zwischengerade (z.B. 35, 58, 63). Bewerten Sie den aktuellen Zustand, unabhängig davon, ob der Patient Medikamente bekommt und ihm dadurch oder durch eine andere Form der Behandlung geholfen werden könnte.

I-Nr.

- 100 Keine Symptome, kommt in einen weiten Bereich von Aktivitäten ausgezeichnet zurecht, Probleme des Lebens scheinen niemals außer seine Kontrolle zu geraten; andere wenden sich an ihn wegen seiner Warmherzigkeit und Integrität
- 91 Vorübergehende Symptome können auftreten, aber gutes Zurechtkommen auf allen Gebieten, interessiert und involviert in einem weiten Bereich von Aktivitäten; im sozialen Verhalten angemessen und erfolgreich, im allgemeinen mit dem Leben zufrieden, mit alltäglichen Sorgen wird er nur gelegentlich nicht fertig
- 81 Minimale Symptome können vorhanden sein, aber nur eine leichte Beeinträchtigung im Zurechtkommen, Schwankungen im Ausmaß von alltäglichen Sorgen, mit denen er manchmal nicht selber fertig wird
- 71 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung und leichte Schlafstörungen) oder einige Schwierigkeiten im Zurechtkommen in mehreren Bereichen, aber im allgemeinen recht gutes Zurechtkommen; hat einige sinnvolle zwischenmenschliche Beziehungen, und die meisten Laien würden ihn nicht für "krank" halten
- 61 Mäßige Symptome, oder kommt im allgemeinen nur mit einigen Schwierigkeiten zurecht (z.B. wenig Freunde und flacher Affekt, depressive Stimmungslage und pathologischer Zweifel an sich selbst, euphorische Stimmungslage und Rededrang, mäßig schweres antisoziales Verhalten)
- 51 Jegliche schwere Symptomatik oder Beeinträchtigung, die die meisten Kliniken für offensichtlich behandlungsbedürftig halten würden (z.B. Selbstmordgedanken oder -handlungen, Zwangsrituale, häufige Angstanfälle, ausgeprägtes antisoziales Verhalten, Trunksucht)
- 41 Stärkere Beeinträchtigung auf mehreren Gebieten wie z.B. Arbeit, Beziehung in der Familie, Urteilsfähigkeit, Denken oder Stimmungslage (z.B. eine depressive Frau meidet Freunde, vernachlässigt die Familie, ist unfähig, die Hausarbeit zu machen) oder eine Beeinträchtigung in der Einschätzung der Realität oder Kommunikation (z.B. ist die sprachliche Äußerung zeitweise verworren, unlogisch oder irrelevant)
- 31 oder ein einziger schwerer Selbstmordversuch
- 30 Auf fast allen Gebieten unfähig zu handeln (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett) oder das Verhalten ist erheblich beeinflusst von entweder Wahnvorstellungen oder Halluzinationen oder eine ernsthafte Beeinträchtigung in der Kommunikation (z.B. manchmal in der Kommunikation inkohärent oder nicht ansprechbar) oder der Urteilsfähigkeit (reagiert z.B. sehr stark unangemessen)
- 21 Benötigt Überwachung, um eine Selbst- oder Fremdverletzung zu verhindern oder um ein Minimum an Körperpflege aufrechtzuerhalten (z.B. wiederholte Selbstmordversuche, häufig gewalttätig, manische Erregbarkeit, schmiert mit Exkrementen) oder eine sehr starke Beeinträchtigung der Kommunikation (z.B. weitgehend inkohärent oder mutistisch)
- 10 Braucht ständige Überwachung für mehrere Tage, um Selbst- oder Fremdbeschädigung zu verhindern oder macht keinerlei Versuch, ein Minimum an Körperpflege aufrechtzuerhalten
- 1 Versuch, ein Minimum an Körperpflege aufrechtzuerhalten

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - 9

Kartennummer

I	2	1
---	---	---

10-12

Erhebungsbogen zur Erfassung:

krankheitsbezogener Daten. Symptome in der Zeit zwischen Entlassung und Katamnese. Die psychischen Beschwerden sollen bereits länger als 4 Wochen vor der Katamnese bestehen.

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Symptome in der Zeit zwischen Entlassung und Katamnese.

Bei der Codierung wird die entsprechende Zahl in das zugehörige Kästchen eingetragen.

Codierungsbeispiel

Die neurotische Depression trat seit Entlassung aus stationärer Behandlung zum ersten Mal im September 1967 auf und dauerte 6 Wochen an.

Danach manifestierte sie sich im Laufe der Zeit bis zur Katamnese insgesamt noch 6x von jeweils unterschiedlicher Zeitdauer.

Art der Symptome:

- 1 Phobien
- 2 Diffuse Angst
- 3 Soziale Ängste
- 4 Zwangssymptome
- 5 Depressive Verstimmung (nicht psychotisch)
- 6 hysterische Symptome
- 7 psychosomatische Störungen im engeren Sinne mit Organläsion
- 8 psychosomatische Störungen im Sinne funktioneller körperlicher Störungen
- 9 hypochondrische Symptome
- 10 Kriminalität
- 11 endogen anmutende depressive Verstimmung
- 12 maniforme Symptomatik
- 13 Halluzinationen
- 14 Wahnideen
- 15 Bewußtseinstörung/Desorientiertheit
- 16 Delirante Symptomatik
- 17 Derealisation/Depersonalisation
- 18 Gedächtnisstörung
- 19 Alkoholabusus
- 20 Abusus von Rauschdrogen
- 21 Abusus von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln
- 22 Suizidgedanken
- 23 Suizidversuch
- 24 Sexuelle Störungen
- 25 Epileptische Anfälle
- 26 Sonstige

05

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Erstmanifestation der Störung
Zeitpunkt der Störung (Monat/Jahr)0008 Zeitpunkt der Störung nicht beurteilbar,
Symptom sicher vorhanden

0	9	6	7
---	---	---	---

0009 keine Angaben

Zeitdauer der Erstmanifestation

- 1 einmaliges, punktuellcs Auftreten
- 2 weniger als 1 Monat
- 3 1-3 Monate
- 4 3-6 Monate
- 5 6-12 Monate
- 6 mehr als 1 Jahr
- 8 Zeitdauer nicht beurteilbar, die Störung
hat den Patienten aber sicher über einen
längeren Zeitraum belastet
- 9 keine Angaben

3

Wiederholte Manifestationen
Manifestationshäufigkeiten

- 1 1-2x
- 2 2-5x
- 3 5-10x
- 4 10x und mehr
- 8 Die Häufigkeit der wiederholten Manifestationen
ist nicht beurteilbar, es ist aber sicher, daß
die Störung wiederholt auftrat.
- 9 keine Angaben

3

Durchschnittliche Zeitdauer

- 1 jeweils einmaliges, punktuellcs Auftreten
- 2 jeweils weniger als 1 Monat
- 3 jeweils 1-3 Monate
- 4 jeweils 3-6 Monate
- 5 jeweils 6-12 Monate
- 6 jeweils mehr als 1 Jahr
- 7 jeweils von unterschiedlicher Zeitdauer
- 8 die durchschnittliche Zeitdauer ist nicht beurteilbar
- 9 keine Angaben

7

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Befragungsbeispiele zu den einzelnen Symptomen:

1. Phobien

"Hatten Sie nach Ihrer Entlassung manchmal irgendwelche Angstzustände? Wovor eigentlich? Vor bestimmten Dingen oder Situationen?"

2. Diffuse Angst

"Hatten Sie sich vielleicht beunruhigt oder unbehaglich gefühlt, ohne recht zu wissen warum?"

3. Soziale Ängste

"War es Ihnen unangenehm, wenn Sie z.B. andere Menschen trafen, wenn Sie einen Raum voller Menschen betreten mußten? War da ein gewisses Angstgefühl dabei?"

4. Zwangssymptome

"Sind Sie manchmal bestimmte Gedanken einfach nicht losgeworden? Wissen Sie, so wie einem manchmal, wenn man müde ist, eine Melodie einfach nicht aus dem Kopf geht? Oder tun Sie manchmal etwas, was Sie eigentlich für ganz überflüssig oder sinnlos, gar unsinnig halten? Z.B. daß Sie manchmal 10x umkehren und nachschauen, ob Sie die Haustüre auch wirklich zugesperrt haben? Oder daß es Sie richtig freut und erleichtert, wenn es Ihnen gelingt, immer auf einen bestimmten Pflasterstein zu treten?"

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

5. Neurotische Depression

"Waren Sie nach einem unangenehmen oder traurigen Erlebnis längerandauernd niedergedrückt und deprimiert? Vielleicht so stark, daß Ihre Stimmung Sie bei der Arbeit behinderte oder Sie vielleicht sogar überhaupt nicht mehr arbeiten konnten? Konnten Sie wenigstens schlafen?"

6. Hysterische Symptome

"Hatten Sie in der Zwischenzeit mal Sehstörungen oder Lähmungserscheinungen? An den Händen? Sonstwo? Fühlen Sie Ameisenkribbeln? Hat ein Arzt eine Ursache feststellen können? Oder war das mehr nervös?"

7. Psychosomatische Störungen

"Hatten Sie irgendwelche innerliche Beschwerden, z.B. am Herz oder Asthma oder am Magen? Ist ein organischer Schaden festgestellt worden? Oder war das mehr nervös und durch Aufregung verursacht?"

8. Hypochondrische Symptome

"Hat Ihnen Ihre Gesundheit seit der Entlassung viele Sorgen gemacht? Halten Sie es für möglich, daß etwas Ernstes vorliegt? Ist das Wasserlassen, der Stuhlgang, die Herztätigkeit in Ordnung? Achten Sie überhaupt darauf? Waren Sie bei der Krebsvorsorgeuntersuchung?"

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Kriminalität

"Sind Sie mal mit der Polizei zusammengeraut? Hatten Sie mal mit einem Gericht zu tun?"

10. Endogen anmutende depressive Verstimmung

"Waren Sie längerandauernd verstimmt und niedergeschlagen gedrückt oder traurig, ohne daß Sie einen richtigen Grund dafür hatten? Kamen solche Zustände in gewissen Abständen immer wieder? Waren Sie am Morgen besonders zerschlagen oder eher am Abend kaputt? Ging es Ihnen im Laufe des Tages dann irgendwann wieder einmal recht gut? Gelang es Ihnen, sich durch Arbeit oder Fernsehen oder sonstwas abzulenken oder konnten Sie sich zu nichts aufraffen?"

11. Maniforme Symptomatik

"Gab es Zeiten, zu denen Sie sich unbeschreiblich gut fühlten, eher zuviel unternahmen, wo Ihnen alles ganz schnell von der Hand ging? Hatten Sie sich in einer solchen gehobenen Stimmung schon mal hinreißen lassen, leichtsinnig zu sein, Dinge zu tun, Sachen zu kaufen, was nicht vernünftig war oder über die Stränge zu hauen?"

12. Halluzinationen

"Hatten Sie mal eigenartige Erlebnisse gehabt? Z.B. Stimmen gehört oder Erscheinungen gesehen? Haben das andere auch gesehen oder gehört?"

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

13. Wahnideen

"Hatten Sie mal das Gefühl, durch andere beobachtet, eingengt oder bespitzelt zu werden? Von den Nachbarn z.B.? Oder sind die nett? Hatten andere auch das Gefühl, daß Sie beobachtet würden?"

14. Bewußtseinstrübung/Desorientiertheit

"Waren Sie schon mal für kürzere oder längere Zeit mit ihren Gedanken "ganz weg" oder sogar bewußtlos, so daß sie nicht mehr wußten, was Sie in dieser Zeit gemacht haben und überhaupt geschah? Wußten Sie plötzlich nicht mehr, wo Sie waren?"

15. Delirante Symptomatik

"Hatten Sie schon mal Augenblicke, in denen vieles auf einmal zusammenkam: Augenblicke, in denen sie nicht mehr wußten, welches Jahr wir haben und dazu noch Dinge gesehen oder gehört haben, die andere nicht gesehen oder gehört haben? Momente, in denen Sie sehr erregt und unruhig waren? Schließlich sich auch verfolgt fühlten?"

16. Derealisation/Depersonalisation

"Ist Ihnen Ihre Umgebung unwirklich und verändert und fremd vorgekommen? Kamen Sie sich selbst verändert vor? Kamen Ihnen Teile des Körpers fremd vor? Hatten Sie mal das Gefühl, daß Ihre Handlungen eigentlich garnicht von Ihnen gesteuert wurden, sondern eher von außen gemacht?"

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. Gedächtnisstörung

"Konnten Sie sich Dinge nicht mehr so gut merken wie sonst und fielen Ihnen vergangene Ereignisse nur noch schwer ein?"

18. Alkoholabusus

"Hilft Ihnen Alkohol, wenn Sie Probleme haben? Werden Sie mit ein paar Schnäpsen dann mit den Schwierigkeiten besser fertig? Können Sie aufhören, wenn Sie einmal angefangen haben? Trinken Sie regelmäßig bzw. täglich größere Mengen Alkohol?"

19. Abusus von Rausch-Drogen

"Haben Sie auch mal Drogen ausprobiert?"

20. Abusus von Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel

"Brauchen Sie zum Schlafen ein Schlafmittel? Wieviel nehmen Sie denn da ungefähr? Wann nehmen Sie denn die Mittel ein? Manchmal schon mittags oder untertags, um richtig zu entspannen?"

21. Suizidgedanken

"Waren Sie in der Zwischenzeit einmal alles so leid, daß Sie richtig lebensüberdrüssig wurden? Wüssten Sie, nicht mehr zu leben? Dachten Sie daran, sich eventuell selbst das Leben zu nehmen?"

22. Suizidversuch

"Oder haben Sie es sogar wirklich versucht?"

23. Sexuelle Störungen

"Haben Sie in Ihrem Sexualleben Probleme? Inwiefern?"

24. Epileptische Anfälle

"Hatten Sie in der Zeit nach Entlassung mal Krampfanfälle? Oder anfallsartige Muskelverkrampfungen an Armen und Beinen und waren dabei sogar für einen kurzen Augenblick bewußtlos?"

25. War noch etwas wichtiges, was Ihnen aufgefallen ist?

I-Nr.

Art des Symptoms	Erstmanifestation	Dauer der Erstman.	Manifestations- häufigkeiten	durchschnitt- liche Dauer
---------------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	------------------------------

Monat Jahr

1. 13	 15	 19	 20	 21
--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

2. 22	 24	 28	 29	 30
--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

3. 31	 33	 37	 38	 39
--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

4. 40	 42	 46	 47	 48
--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

5. 49	 51	 55	 56	 57
--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

6. 58	 60	 64	 65	 66
--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

KNr.

7. 13	 15	 19	 20	 21
--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

8. 22	 24	 28	 29	 30
--	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

1 - 9

Kartennummer

I	3	1
---	---	---

10 -12

Erhebungsbogen zur Erfassung stationärer und ambulanter
Therapien nach Entlassung aus stationärer Therapie im
Max-Planck-Institut.

Die Daten sind zum Zeitpunkt der Katamnese zu erheben.

I-Nr.

Codierung der Daten

Die entsprechende Zahl ist in das zugehörige Kästchen einzutragen
Codierungsbeispiel

Der Patient war vom 10.1.73 - 15.6.74 im Sigmund-Freud-Institut
2 x wöchentlich wegen seiner Zwangsneurose in ambulanter Therapie.
Der Patient hatte ca. 190 Therapiesitzungen.

1. Datum des Therapiebeginns

1 0 0 1 7 3

2. Datum des Therapieendes

1 5 0 6 7 4

3. Behandlungsdauer stationär (Angabe
in Tagen)
(000) trifft nicht zu

0 0 0

4. Behandlungsfrequenz ambulant

1 einmaliges ambulantes Gespräch
zur diagnostischen Abklärung o.ä.

2 weniger als 1 x pro Woche

3 1 x pro Woche

4 2 x pro Woche

5 3 x pro Woche

8 ambulante Behandlungsfrequenz
ist nicht beurteilbar

0 trifft nicht zu

4

5. Geschätzte Stundenzahl der gesamten
ambulant Behandlung

1 einmaliges ambulantes

Gespräch zur diagnostischen Abklärung o.ä.

2 weniger als 30 Stunden

3 30 - 50 Stunden

4 50 - 100 Stunden

5 100-200 Stunden

6 200 und mehr Stunden

8 Stundenzahl ist nicht beurteilbar

0 trifft nicht zu

5

6. Behandlungsort

1 Psychiatrische Klinik

2 Innere Medizin

3 Gynäkologie

4 Neurochirurgie

5 Neurologie

6 MPI

7 Arzt für allgemeine Medizin

8 Psychologe

9 Nervenarzt

10 Heilpraktiker

11 Psychotherapeut

12 Kurklinik

13 Beschäftigungs- Arbeitstherapeut

14 Diplom-Pädagoge

15 Heilpädagoge

11

- 16 Krankengymnaast
- 17 Sozialarbeiter
- 18 Krankenschwester/-pfleger
- 19 Sozialpädagoge
- 20 Theologe/Pfarrer
- 21 Klinik für Drogen-/Alkoholabhängige
- 22 Beratungsstelle für Erziehung (Kinder, Jugendliche, Eltern)
- 23 Beratungsstelle Ehe/Partner/Leben
- 24 Beratungsstelle Sexual
- 25 Beratungsstelle Drogen/Alkohol
- 26 Beratungsstelle Studenten
- 27 Beschützende Wohngruppe
- 28 Telefonseelsorge
- 29 Selbsthilfeorganisation

7. Behandlungsanlaß

1

- 1 Behandlung für die gleiche Störung, die auch im MPI stationär behandelt wurde
- 2 Behandlung für eine andere Störung als die, die im MPI behandelt wurde
(Angabe der Störung)
- 3 Kombination 1 + 2
- 9 unbekannt

8. Art der Therapie

- 1 Psychoanalyse (einzeln)
- 2 Gruppenanalyse
- 3 Psychoanalytische Kurztherapie
- 4 Verhaltenstherapie
- 5 Medikamentös
- 6 EKT
- 7 Leukotomie
- 8 Stereotaktischer Eingriff
- 9 Kuraufenthalte
- 10 Kombination 1 oder 2 oder 3 und 5
- 11 Kombination 4 und 5
- 12 Transaktionsanalyse
- 13 Autogenes Training
- 14 Gestalttherapie
- 15 Heil- und Sonderpädagogische Verfahren
- 16 Individualpsychologische Psychotherapie
- 17 Primärtherapie
- 18 Klientenzentrierte Psychotherapie
- 19 Psychodrama
- 20 Rhythmus-/Atmungs-/Bewegungstherapie
- 21 Hypnose
- 22 Akupunktur
- 23 einfaches Gespräch, einfache Aussprache, psychiatrisch unterstützendes Gespräch
- 24 sonstige
- 25 nicht zu beurteilen

01

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Behandlungs- beginn	Behandlungs- ende	Beh. dauer stat.	Beh. dauer amb.	Std. zahl amb.	Beh. ort	Indi- kation	Beh. art
------------------------	----------------------	------------------------	-----------------------	----------------------	-------------	-----------------	-------------

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

1.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--

--	--

--

--	--

13 19 25 28 29 30 32 33

2.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--

--	--

--

--	--

35 41 47 50 51 52 54 55

KNr.

I	3	2
---	---	---

3.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--

--	--

--

--	--

13 19 25 28 29 30 32 33

4.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--

--	--

--

--	--

35 41 47 50 51 52 54 55

KNr.

I	3	3
---	---	---

5.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--

--	--

--

--	--

13 19 25 28 29 30 32 33

6.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--

--	--

--

--	--

35 41 47 50 51 52 54 55

KNr.

I	3	4
---	---	---

7.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--

--	--

--

--	--

13 19 25 28 29 30 32 33

8.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--

--	--

--

--	--

35 41 47 50 51 52 54 55

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - 9

Kartennummer

K	2	1
---	---	---

10 -12

Instruktion:

Im folgenden Fragebogen geht es darum, von Ihnen zu erfahren, was sich seit Entlassung aus stationärer Therapie im Max-Planck-Institut bei Ihnen objektiv verändert hat. Darüberhinaus bitten wir Sie, einige Fragen zu allgemeinen Gesundheitsproblemen zu beantworten.

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Zahl an

1. Konfession
 1 röm.-kath. ☐
 2 protestantisch 13
 3 konfessionslos
 4 sonstige
2. Familienstand
 0 ledig
 1 verheiratet ☐
 2 geschieden 14
 3 getrennt
 4 verwitwet
3. Derzeitiges Berufsverhältnis
 0 Arbeiter
 1 Angestellter oder Beamter
 2 Selbständiger, Freiberufl. ☐
 3 Soldat 15
 4 noch in Ausbildung
 5 Rentner, Pensionist
 6 mindestens 3 Monate arbeitslos
 7 Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung
 8 Hausfrau mit Nebenbeschäftigung
4. Meine Mutter ist verstorben, als ich ☐☐
☐☐ Jahre alt war 16
 00trifft nicht zu, meine Mutter lebt noch
5. Mein Vater ist verstorben, als ich ☐☐
☐☐ Jahre alt war 18
 00trifft nicht zum mein Vater lebt noch
6. Geschwister und Halbgeschwister
 0 keine
 1 nur ältere Geschwister
 2 nur jüngere Geschwister
 3 ältere und jüngere Geschwister
 4 nur Zwillingsgeschwister
 5 ältere Geschwister und Zwillingsgeschwister ☐
 6 jüngere Geschwister und Zwillingsgeschwister 20
 7 ältere, jüngere und Zwillingsgeschwister
7. Welchen Schulabschluß haben Sie?
 0 kein Volksschulabschluß
 1 Volksschulabschluß mit Wiederholung von Klassen
 2 Volksschulabschluß ohne Wiederholung von Klassen
 3 weiterführende Schule ohne mittlere Reife bzw. Abitur
 4 mittlere Reife
 5 Gymnasium länger als Untersekunda ohne Abitur ☐
 6 Abitur 21
 7 Hochschule, Universität mit oder ohne Abschluß
 8 andere
 9 ich bin noch in Schulausbildung

I-Nr.

Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Zahl an:

8. Wohnungssituation

- 0 Heiminsasse aus juristischen oder fürsorglichen Gründen
- 1 Heiminsasse aus Ausbildungs- oder Berufsgründen
- 2 Heiminsasse aus Gründen des Lebensalters oder der Gesundheit ☐ 22
- 3 alleinstehend in eigener Wohnung (ohne Partner, ohne Kind)
- 4 alleinstehend in fremder Wohnung
- 5 Haushalt von 2 Personen
- 6 Haushalt von 3-4 Personen
- 7 Haushalt von mehr als 4 Personen
- 8 häufig wechselnd oder ohne festen Wohnsitz
- 9 unbekannt

9. Finanzielle Situation

- 1 von meinem Gehalt lebe z.Zt. nur ich selbst
- 2 zusätzlich muß noch eine weitere Person von mir unterstützt werden ☐ 23
- 3 zwei weitere Personen werden von mir unterstützt
- 4 3-4 weitere Personen werden von mir unterstützt
- 5 5 oder mehrere Personen werden von mir unterstützt
- 6 ich werde selbst noch von einer anderen Person oder offiziellen Stelle finanziell unterstützt

10. Wieviele Kinder haben Sie?

- 0 keine ☐ 24
- 1 eins
- 2 zwei
- 3 drei bis vier
- 4 fünf oder mehr

11. Mit wem leben Sie z.Zt. zusammen?

- 0 allein
- 1 mit Ehefrau (Ehemann oder Kindern)
- 2 mit einem oder beiden Elternteilen ☐ 25
- 3 mit Geschwistern
- 4 mit Verwandten
- 5 mit anderen Leuten (Wohngemeinschaft etc.)
- 6 mit einem Partner in nicht ehelicher Gemeinschaft
- 7 mit Kind

12. Haben Sie z.Zt. eine feste Partnerbeziehung?

- 0 ohne sexuellen Verkehr ☐ 26
- 1 mit sexuellem Verkehr
- 2 habe z.Zt. keine Partnerbeziehung

I-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Zahl an:

13. Wie würden Sie Ihr Sexualverhalten beurteilen?

0 zufriedenstellend

1 ich habe leichte Schwierigkeiten

2 ich habe große Schwierigkeiten

3 mein Sexualverhalten ist ein großes Problem

☐

27

14. Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten (seit Entlassung) an einen Selbstmordversuch gedacht?

0 ich habe an keinen Selbstmordversuch gedacht

1 ich habe einen Selbstmordversuch unternommen

2 ich habe wiederholt einen Selbstmordversuch unternommen

3 ich habe lediglich an einen Selbstmordversuch gedacht

☐

28

Bitte sagen Sie anhand der Liste, wie häufig Sie die folgenden Getränke trinken. Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Zahl an:

15. Bier

0 (fast) nie

1 mehrmals im Monat

2 mehrmals in der Woche

3 (fast) täglich

☐

29

16. Wein, Sekt

0 (fast) nie

1 mehrmals im Monat

2 mehrmals in der Woche

3 (fast) täglich

☐

30

17. Klare Schnäpse

0 (fast) nie

1 mehrmals im Monat

2 mehrmals in der Woche

3 (fast) täglich

☐

31

18. Kräuterliköre, Magenbitter, Boonekamp, Liköre

0 (fast) nie

1 mehrmals im Monat

2 mehrmals in der Woche

3 (fast) täglich

☐

32

19. Wermutweine, Aperitifs, Campari, fertige Cocktails,

Rum, Weinbrand, Cognac, Brandy

0 (fast) nie

1 mehrmals im Monat

2 mehrmals in der Woche

3 (fast) täglich

☐

33

I-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐

In der folgenden Liste sind eine Reihe von Fragen, die sich mit Alkohol beschäftigen. Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Zahl an:

20. Es kommt schon mal vor, daß ich innerhalb weniger Stunden mehr als 6 Gläser Bier, Wein oder Schnaps trinke
 0 nein ☐
 1 ja 34
21. Es ist mir schon mal passiert, daß ich abends so viel getrunken habe, daß ich mich am nächsten Tag nicht mehr an alles erinnern konnte
 0 nein ☐
 1 ja 35
22. Ich habe nach den ersten Gläsern Alkohol öfter das Bedürfnis weiterzutrinken
 0 nein ☐
 1 ja 36
23. Ich trinke manchmal schon morgens vor der Arbeit/vor der Schule ein Glas Alkohol
 0 nein ☐
 1 ja 37
24. Ich trinke Alkohol, um besondere Belastungen besser ertragen zu können oder um Ärger und Sorgen zu vergessen
 0 nein ☐
 1 ja 38
25. Ich bin schon einmal wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß mit der Polizei in Konflikt gekommen
 0 nein ☐
 1 ja 39
26. Man hat mir an meiner Arbeitsstelle/in der Schule schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht
 0 nein ☐
 1 ja 40
27. Ich habe zeitweise über Zittern und Brechreiz zu klagen und es geht mir dann besser, wenn ich morgens etwas Alkohol trinke
 0 nein ☐
 1 ja 41
28. Ich habe/hatte schon einmal Leberbeschwerden, die mit meinem Alkoholkonsum in Verbindung stehen/standen
 0 nein ☐
 1 ja 42

Wie häufig haben Sie die folgenden Medikamente in den letzten 3 Monaten verwendet?

Bitte machen Sie ein Kreuz in der entsprechenden Spalte.

nie gelegen- häufig
tlich

CASH		
0	1	2

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| 29. Schmerzmittel | | | | | 43 |
| 30. Schlafmittel | | | | | 44 |
| 31. Beruhigungsmittel | | | | | 45 |
| 32. Mittel gegen Erkältungskrankheiten
(auch Hustensaft) | | | | | 46 |
| 33. spezielle Präparate gegen
Schnupfen und verstopfte Nase | | | | | 47 |
| 34. Vitamin-C-Präparate | | | | | 48 |
| 35. andere Vitaminpräparate und
Multivitaminpräparate | | | | | 49 |
| 36. Mittel gegen Magenbeschwerden (auch
Sodbrennen) und Magenschmerzen | | | | | 50 |
| 37. Abführmittel | | | | | 51 |
| 38. Mittel gegen Verdauungsbeschwerden
oder zur Unterstützung der Verdauung | | | | | 52 |
| 39. Mittel gegen Durchfall | | | | | 53 |
| 40. Schlankheitsmittel | | | | | 54 |
| 41. Herz- und Kreislaufmittel | | | | | 55 |
| 42. Anregungs- und Stärkungsmittel | | | | | 56 |
| 43. Süßstoffe | | | | | 57 |
| 44. Diätnahrungsmittel | | | | | 58 |
| 45. äußerlich anzuwendende Mittel gegen
Rheuma und rheumatische Beschwerden | | | | | 59 |
| 46. Eisenpräparate gegen Blutarmut | | | | | 60 |
| 47. Ich kann ohne Schmerz-Beruhigungsmittel
kaum schlafen oder arbeiten
0 trifft nicht zu
1 trifft zu | | | | | 61 |

48. Welche Medikamente nehmen Sie häufig oder regelmäßig ein?

Name des Medikaments: 1.

2.

3.

4.

49. Rauchen Sie?

O ich habe noch nie geraucht

Ich rauche nicht mehr

2 ich rauche zur Zeit

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 1 - 9

Kartennummer

K	4	1
---	---	---

 10 -12

Zusammenfassende Beurteilung
Ihres derzeitigen Zustandes.

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Haben sich Ihre Beschwerden jetzt im Vergleich zur Aufnahme zur stationären Therapie Ihrer Meinung nach:
- 0 stark gebessert
1 gebessert
2 nicht verändert
3 verschlechtert
4 stark verschlechtert
- (Bitte streichen Sie die Zahl an, die am ehesten Ihrer Meinung entspricht.)
- 14 ☐
3. Haben sich Ihre Beschwerden jetzt im Vergleich zur Entlassung aus stationärer Behandlung Ihrer Meinung nach:
- 0 stark gebessert
1 gebessert
2 nicht verändert
3 verschlechtert
4 stark verschlechtert
- (Bitte streichen Sie die Zahl an, die am ehesten Ihrer Meinung entspricht.)
- 15 ☐
4. Hatten sich Ihre Beschwerden zum Zeitpunkt der damaligen Entlassung aus stationärer Therapie im Vergleich zur Aufnahme zur stationären Behandlung Ihrer Meinung nach:
- 0 stark gebessert
1 gebessert
2 nicht verändert
3 verschlechtert
4 stark verschlechtert
- (Bitte streichen Sie die Zahl an, die am ehesten Ihrer Meinung entspricht.)
- 16 ☐
5. Haben Sie außerdem noch andere Beschwerden, die neu aufgekommen sind, z.B. Sie wurden wegen einer Zwangsneurose behandelt und merken nun seit einiger Zeit, daß Sie stottern, wenn Sie vor vielen Menschen sprechen müssen, oder Sie wurden wegen einer Magersucht behandelt und merken seit geraumer Zeit, daß Sie bestimmte Dinge immer wieder gegen Ihren Willen kontrollieren müssen. Es sind
- 0 keine
1 leicht
2 deutlich
3 stark
4 sehr stark
- 17 ☐
- neuartige Beschwerden aufgekommen.
Bitte benennen Sie die Art der Störung. Falls Sie mehrere Störungen haben, schreiben Sie bitte die Art der Störung an 1.Stelle, die derzeit am stärksten ist.
1.
2.
3.

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Wie stark werden andere Menschen durch Ihre Beschwerden belastet? (Bitte berücksichtigen Sie bei der Beantwortung der Frage die Störung, die am schlimmsten ist und die Person, die am stärksten betroffen ist.)
Bitte streichen Sie die Zahl an, die am ehesten zutrifft.

0 niemand ist belastet
1 andere sind leicht belastet
2 andere sind deutlich belastet
3 andere sind stark belastet
4 für andere sind die Beschwerden
kaum zu ertragen

☐
18

7. Wie Sie wissen, gibt es für die verschiedensten Erkrankungen unterschiedliche Ursachen. Oft weiß der Patient den Grund für seine Beschwerden selbst. Wodurch sind die Beschwerden, die Sie genannt haben, Ihrer Meinung nach verursacht?
0 trifft nicht zu, ich habe keine Beschwerden

☐
19

Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Antwort in der zutreffenden Spalte an.
Bitte benennen Sie die Beschwerden, auf die Sie sich beziehen.

	Nein	Ja	
	0	1	
8. Körperliche Erkrankung			20
9. Angeboren, liegt bei uns in der Familie			21
10. schlechte Luft, schmutziges Wasser, Lärm			22
11. Alterserscheinung			23
12. zu anstrengende Arbeit			24
13. schwache Nerven, seelische Erkrankung			25
14. hängt mit dem Wetter zusammen			26
15. falsche Erziehung, Elternhaus			27
16. Unfallfolgen			28
17. Schwierigkeiten mit der Familie			29
18. schlechte Wohnung			30
19. wenig körperliche Bewegung			31
20. Arbeitslosigkeit			32
21. falsche Ernährung, Alkohol, Rauchen			33
22. Schwierigkeiten mit Bekannten			34
23. ich bin selbst schuld			35
24. finanzielle Schwierigkeiten			36
25. andere sind schuld			37
26. falsche Medikamente			38
27. sonstiges			39

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

28. Bitte nennen Sie von Ihren derzeitigen seelischen Schwierigkeiten 3 Probleme, die Sie am meisten belasten.

1.

.....

2.

.....

3.

.....

29. Wie soll es in Zukunft Ihrer Meinung nach weitergehen? Glauben Sie, daß Sie mit den genannten Problemen in Zukunft ohne ärztliche Hilfe gut zurechtkommen oder meinen Sie, eine Behandlung würde am ehesten Ihre jetzige Situation verbessern.

Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Zahl an.

0 ich bin sicher nicht mehr behandlungsbedürftig,
ich komme ohne Hilfe gut zurecht

1 ich bin eher nicht mehr behandlungsbedürftig,
mit ein wenig Anstrengung komme ich recht gut
allein zurecht

2 ich bin eher noch behandlungsbedürftig, ich
brauche die Fürsorge, Pflege bzw. Hilfe von
Freunden, Bekannten, Verwandten

3 die Fürsorge von Freunden reicht nicht aus,
ich brauche sicher ärztliche Hilfe, eine
andauernde ärztliche Behandlung

4 ich müßte sicher stationär behandelt werden,
um überhaupt noch zurechtkommen

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Symptomeinschätzung

Bei Magersucht können seelische Veränderungen und Verhaltensstörungen auftreten wie beispielsweise:

Übertriebenes Schlankheitsideal, Fasten, Erbrechen, Denken auf Essen und Kalorien zentriert, auffällige Essgewohnheiten, Episoden von Heißhunger mit Verschlucken größerer Essensmengen (evtl. gefolgt von Erbrechen), Drang nach körperlicher Bewegung, Ausbleiben der Monatsblutung bei Frauen.

Sie wurden damals während Ihres stationären Aufenthaltes wegen Ihrer Magersucht behandelt. Haben Sie jetzt noch Magersuchtsymptome? Wie stark ist die Ausprägung Ihrer Beschwerden?

Wichtig: Richten Sie sich bei der Entscheidung nach der am meisten ausgeprägten Störung!

Ausprägung der Magersucht:
(Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Zahl an.)

- 0 keine Störungen
- 1 leichte Störungen
- 2 deutliche Störungen
- 3 starke Störungen
- 4 sehr starke Störungen



13

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Symptomeinschätzung

Bei einer Zwangsneurose können Störungen auftreten wie: Gegenstände (z.B. Gashähne, Türen, Schalter usw.) immer wieder nachkontrollieren, berühren oder zählen; bestimmte Handlungen immer wiederholen; übertriebene Sauberkeit, extrem wiederholtes Waschen der Hände, Arme, des ganzen Körpers. Gedanken drängen sich immer wieder auf, auch wenn man versucht, sie loszuwerden. Vermeidungen von Situationen, die unangenehm sind, weil sie die Zwangshandlung oder Zwangsgedanken auslösen.

Sie wurden damals während Ihres stationären Aufenthaltes wegen Ihrer Zwangsneurose behandelt. Haben Sie derzeit noch Zwangssymptome? Wie stark ist die Ausprägung?

Wichtig: Richten Sie sich bei der Entscheidung nach der am meisten ausgeprägten Störung!

Ausprägung der Zwangsneurose

(Bitte kreuzen Sie die für Sie entsprechende Zahl an.)

0 keine Störung

1 leichte Zwangssymptome

Der Tagesablauf ist ab und zu durch Zwangssymptome gestört. Andere merken von der Störung nichts. Die Arbeit ist kaum beeinträchtigt.

2 deutliche Zwangssymptome

Der Tagesablauf ist häufig durch Zwangssymptome gestört. Die Arbeit ist deutlich beeinträchtigt.

3 starke Zwangssymptome

Die meiste Zeit des Tages ist durch Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen ausgefüllt. Eine Arbeit kann nur mit größter Mühe ausgeführt werden.

4 sehr starke Zwangssymptome

Der gesamte Tagesablauf ist vollkommen durch Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen bestimmt. Eine Arbeit kann nicht mehr ausgeübt werden.

☐
13

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 1 - 9

Kartennummer

K	1	1
---	---	---

 10 -12

Sie sind in dieser Klinik stationär behandelt worden. Wir sind besonders daran interessiert zu erfahren, wie Sie als ehemaliger Patient Ihre Behandlung im Max-Planck-Institut heute sehen. Die Ergebnisse dieses Fragebogens dienen dazu, von Ihnen Hinweise zu bekommen, ob und wie man stationäre Therapie verbessern kann.

Füllen Sie den Fragebogen bitte sorgfältig aus. Kritische Bemerkungen sind ebenso wichtig wie positive Beurteilungen. Bitte machen Sie in der Spalte ein Kreuz, die Ihrer Meinung entspricht.

I-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zu Beginn der Behandlung wurde mir erklärt:

Nein. Ja-

- 1 Welche Art von Behandlung bei mir durchgeführt wird
- 2 Was ich selbst für die Behandlung tun müßte
- 3 Wie lange die Therapie dauern würde
- 4 Man hat sich vor der Behandlung genügend Zeit genommen, um über meine Probleme zu reden
- 5 Ich hatte das Gefühl, daß meine Probleme verstanden wurden
- 6 Ich war für die Behandlung positiv eingestellt
- 7 Ich hatte mir von der Behandlung etwas versprochen
- 8 Die Ziele der Therapie waren mir nach den ersten Gesprächen mit den Therapeuten klar
- 9 Die Ziele der Therapie wurden vom Therapeuten und mir gemeinsam festgelegt
- 10 Das Ziel der Therapie war, symptomfrei zu werden
- 11 In der Therapie ging es vor allem darum, Fertigkeiten zu erlernen, um nach Entlassung aus der Therapie im alltäglichen Leben besser zurechtzukommen
- 12 In der Therapie ging es vor allem darum, daß ich bestimmte Dinge lerne
- 13 In der Therapie ging es vor allem darum, daß ich meine Probleme besser verstehe
- 14 Die Einzelheiten der Therapie wurden mir erklärt
- 15 Die Behandlung bezog sich eigentlich auf den ganzen Tagesablauf
- 16 Ich hatte viel Zeit, mit der ich auf Station kaum was anfangen konnte
- 17 Es wurden fast nie genaue Absprachen über die Behandlung getroffen
- 18 Es wurde viel Wert darauf gelegt, daß ich praktische Übungen mache
- 19 Ich hatte einen geplanten Tagesablauf
- 20 In die Therapie wurde noch eine mir nahestehende Person (Familienmitglied, Freunde, Bekannte) miteinbezogen
- 21 Die Tatsache, daß eine mir nahestehende Person in die Therapie miteinbezogen wurde, hat meine Situation nur noch verschlimmert
- 22 Die Tatsache, daß es mir nach Beendigung der Therapie besser ging, war für meine unmittelbare Umwelt (Familie, Freunde, Bekannte) ein Problem

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

23	Meine Familie (Freunde, Bekannte) behandelte mich auch noch nach meiner Entlassung als Kranken.	Nein	Ja	35
24	Sofort nach meiner Entlassung aus stationärer Psychotherapie fühlte sich meine Umgebung stärker durch mich belastet als vor der Behandlung			36
25	In die Therapie wurden auch bestimmte konkrete Übungen an meinem Arbeitsplatz einbezogen (zu Hause, im Betrieb, an meiner Arbeitsstelle etc.)			37
26	Es wurde mir immer erklärt, wenn die Behandlung verändert werden sollte			38
27	Ich mußte selbst (schriftlich) festhalten, was ich an Fortschritten erzielt hatte.			39
28	Mir wurde gesagt, wenn ich mich nicht an Vereinbarungen gehalten habe			40
29	Die Therapeuten reagierten bereits auf kleine Fortschritte			41
30	Ich konnte selbst verfolgen, ob ich Fortschritte machte			42
31	Mein Therapeut hat immer erst dann eingegriffen, wenn es mir schon wieder recht schlecht ging			43
32	Ich hatte pro Woche 2 oder weniger Gespräche mit meinem Therapeuten			44
33	Mir war bekannt, daß außer meinem Therapeuten auch alle anderen Mitarbeiter auf der Station über meine Probleme informiert waren			45
34	Ich habe schnell herausgefunden, welche Mitarbeiter streng oder weniger streng waren			46
35	Ich konnte die Therapeuten recht gut an der Nase herumführen			47
36	Schon während der Behandlung wurde genau geplant, was ich nach der Entlassung tun muß			48
37	Bevor ich entlassen wurde, war ich bereits manchmal zu Hause, um zu sehen, wie ich dort zurechtkomme			49
38	Die Entlassung aus der Klinik glich einem Sprung ins kalte Wasser			50
39	Auch nach der Entlassung hatte ich noch öfters Kontakt mit meinem Therapeuten			51
40	Die Medikamente haben mir geholfen			52
41	Mir wurden lediglich die Medikamente gegeben, dann konnte ich machen, was ich wollte			53
42	Insgesamt gesehen war die Behandlung für mich erfolgreich			54

- 43 Die Therapie war für mich:
1 sehr wenig bzw. keine Hilfe
2 wenig Hilfe
3 deutliche Hilfe
4 große Hilfe
5 sehr große Hilfe

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

- 44 Auf welchen Gebieten haben Sie am meisten
von der Therapie profitiert?

.....
.....
.....
.....

- 45 Meine Hauptkritik an der Behandlung ist:

.....
.....
.....
.....

- 46 Am meisten hat mir geholfen:

.....
.....
.....
.....

- 47 Als Verbesserung der Behandlung würde ich vorschlagen:

.....
.....
.....
.....

	Schwierigkeit		Korrelation mit der beurteilten Therapiebedürftigkeit bei Katamnese			
	Anorexia nervosa	Zwangsneurose	Anorexia nervosa		Zwangsneurose	
	%	%	r	p	r	p
1. Welche Art von Behandlung bei mir durchgeführt wird	69	85	-.268	.055	-.026	.423
2. Was ich selbst für die Behandlung tun müßte	92	87	-.114	.250	-.010	.440
3. Wie lange die Therapie dauern würde	31	75	-.312	.030	.297	.010
4. Man hat sich vor der Behandlung genügend Zeit genommen, um über meine Probleme zu reden	61	78	-.171	.156	.016	.450
5. Ich hatte das Gefühl, daß meine Probleme verstanden wurden	61	90	-.106	.267	-.064	.311
6. Ich war für die Behandlung positiv eingestellt	72	88	.080	.301	.064	.311
7. Ich hatte mir von der Behandlung etwas versprochen	78	88	.125	.231	-.160	.109
8. Die Ziele der Therapie waren mir nach den ersten Gesprächen mit den Therapeuten klar	69	78	.045	.396	.085	.257
9. Die Ziele der Therapie wurden vom Therapeuten und mir gemeinsam festgelegt	61	67	.134	.245	.0857	.252
10. Das Ziel der Therapie war, symptomfrei zu werden	92	78	.120	.282	.063	.315
11. In der Therapie ging es vor allem darum, Fertigkeiten zu erlernen, um nach Entlassung aus der Therapie im alltäglichen Leben besser zurechtzukommen	64	78	.127	.230	.220	.04
12. In der Therapie ging es vor allem darum, daß ich bestimmte Dinge lerne	83	78	-.279	.050	.129	.160
13. In der Therapie ging es vor allem darum, daß ich meine Probleme besser verstehe	39	48	.165	.168	.098	.226
14. Die Einzelheiten der Therapie wurden mir erklärt	58	70	.020	.435	.204	.038
15. Die Behandlung bezog sich eigentlich auf den ganzen Tagesablauf	83	70	.238	.081	.258	.022
16. Ich hatte viel Zeit, mit der ich auf Station kaum was anfangen konnte	44	78	.286	.014	.120	.170
17. Es wurden fast nie genaue Absprachen über die Behandlung getroffen	69	78	.115	.249	.115	.189
18. Es wurde viel Wert darauf gelegt, daß ich praktische Übungen mache	44	73	-.272	.050	.214	.049
19. Ich hatte einen geplanten Tagesablauf	72	75	.311	.031	.114	.191
20. In der Therapie wurde noch eine mir nahestehende Person (Fam.-Mitglied, Freunde, Bekannte) miteinbezogen	36	35	.044	.398	.008	.476

	Schwierigkeit		Korrelation mit der beurteilten Therapiebedürftigkeit bei Katamnese			
	Anorexia-nervosa	Zwangsneurose	Anorexia nervosa		Zwangsneurose	
	%	%	r	p	r	p
21. Die Tatsache, daß eine mir nahestehende Person in die Therapie miteinbezogen wurde, hat meine Situation nur noch verschlechtert	72	65	-.296	.056	-.159	.144
22. Die Tatsache, daß es mir nach Beendigung der Therapie besser ging, war für meine unmittelbare Umwelt (Familie, Freunde, Bekannte) ein Problem	94	92	-.091	.299	.055	.337
23. Meine Familie (Freunde, Bekannte) behandelte mich auch noch nach meiner Entlassung als Kranken	50	78	-.349	.018	-.266	.019
24. Sofort nach meiner Entlassung aus stationärer Psychotherapie fühlte sich meine Umgebung stärker durch mich belastet als vor der Behandlung.	86	92	-.188	.136	-.318	.006
25. In die Therapie wurden auch bestimmte konkrete Übungen an meinem Arbeitsplatz einbezogen (zu Hause, im Betrieb, an meiner Arbeitsstelle etc.)	zu viele	Missing data	keine Auswertung möglich			
26. Es wurde mir immer erklärt, wenn die Behandlung verändert werden sollte	61	57	-.003	.493	.003	.491
27. Ich mußte selbst (schriftlich) festhalten, was ich an Fortschritten erzielt hatte	28	43	-.077	.327	.041	.378
28. Mir wurde gesagt, wenn ich mich nicht an Vereinbarungen gehalten habe	83	67	-.063	.357	.241	.031
29. Die Therapeuten reagierten bereits auf kleine Fortschritte	61	80	-.165	.168	.021	.438
30. Ich konnte selbst verfolgen, ob ich Fortschritte machte	86	93	-.233	.086	-.004	.488
31. Mein Therapeut hat immer erst dann eingegriffen, wenn es mir schon wieder recht schlecht ging	75	83	-.272	.054	-.05	.352
32. Ich hatte pro Woche 2 oder weniger Gespräche mit meinem Therapeuten	47	63	-.064	.356	.103	.214
33. Mir war bekannt, daß außer meinem Therapeuten auch alle anderen Mitarbeiter auf der Station über meine Probleme informiert waren	89	80	.097	.787	-.006	.482
34. Ich habe schnell herausgefunden, welche Mitarbeiter streng oder weniger streng waren	31	45	.283	.047	-.196	.065
35. Ich konnte die Therapeuten recht gut an der Nase herumführen	81	88	.032	.428	.017	.449
36. Schon während der Behandlung wurde genau geplant, was ich nach der Entlassung tun muß	36	57	-.144	.201	.122	.176

	Schwierigkeit		Korrelation mit der beurteilten Therapiebedürftigkeit bei Katamnese			
	Anorexia nervosa	Zwangsneurose	Anorexia nervosa		Zwangsneurose	
	%	%	r	p	r	p
37. Bevor ich entlassen wurde, war ich bereits manchmal zu Hause, um zu sehen, wie ich dort zurechtkomme	53	70	-.014	.468	.088	.290
38. Die Entlassung aus der Klinik glich einem Sprung ins kalte Wasser	67	57	-.385	.010	-.128	.162
39. Auch nach der Entlassung hatte ich noch öfters Kontakt mit meinem Therapeuten	42	48	.034	.423	.165	.102
40. Die Medikamente haben mir geholfen	}	}	zu viele Missing data, keine Auswertung möglich			
41. Mir wurden lediglich die Medikamente gegeben, dann konnte ich machen was ich wollte						
42. Insgesamt gesehen war die Behandlung für mich erfolgreich	72	80	.242	.080	-.350	.003

Lebenslauf

Am 20. 10. 46 wurde ich als Tochter des Gastronoms Heinz Stockheim und seiner Ehefrau Clara Stockheim, geb. Rass, in Düsseldorf geboren.

Bildungsweg

Ostern 1953 - Ostern 1957	Volksschule Düsseldorf
Ostern 1957 - 31. 3. 1963	St. Ursula-Schule, Düsseldorf. Neusprachliches Mädchengymnasium und Frauenoberschule
19. 4. 1963 - 21. 3. 1964	Städtische einjährige Höhere Handelsschule Düsseldorf. Kaufmännische Berufsfachschule
1. 4. 1964 - 31. 12. 1964	L.T.C. Ladies' College of English. Compton Park, Eastbourne
28. 5. 1965 - 24. 2. 1966	Ecole Lemania, Lausanne und Universität de Lausanne
15. 4. 1966 - 10. 10. 1966	Hotel- und Gaststätten- Berufsfachschulen. D. Speiser. Bad Wiessee und Tegernsee
5. 4. 1967 - 17. 7. 1969	Wilhelm-Heinrich-Riehl Kolleg. Institut zur Erlangung der Hochschulreife. Düsseldorf
15. 10. 1969 - 11. 4. 1972	Ludwig-Maximilians Universität. München
15. 4. 1972 - 20. 2. 1975	Johann Wolfgang Goethe Universität. Frankfurt/Main. Abschluß: Diplom Hauptprüfung für Psychologen
15. 11. 1975 - 31. 12. 1981	Stipendiatenstelle im Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München. Forschungsarbeit: Katamnestiche Untersuchungen bei stationär behandelten zwangsneurotischen, anorektischen und schizophrenen Patienten. Ferner wissenschaftliche Assistentenstelle in der Forschungsgruppe: Katamnestiche Forschung

Zur Zeit der Verfertigung meiner Dissertation besuchte ich die Seminare von den Professoren Butolle, Schiefele und Hippus.
Meine Prüfungen zum Rigorosum habe ich bei Prof. Dr. Willibald Butollo, Professor Schiefele und Professor Hippus abgelegt.



